Lane Medical Library

Ueber Endresultate

der

Hüftgelenks-Resectionen.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Heinrich Haas, appr. Arzt

aus Uffenheim (Bayern).

Würzburg.

Buchdruckerei der „Neuen Bayerischen Landeszeitung".

1892.

Referent:

Herr Hofrath Prof. Dr. Schönborn.

Seinem theuren Vater

in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Geschichte der operativen Behandlung der Coxitis beginnt mit dem Jahre 1769, wo die Resectio coxae von Charles White in Manchester vorgeschlagen wurde. Grosse Verdienste um die Einführung dieser Operation haben sich noch erworben der deutsche Chirurg Schmalz (1816) und der Engländer Antony White (1821). Vom Jahre 1821 — 1830 wurden mehrere Resectiones coxae ausgeführt, die aber so ziemlich alle tödtlich verliefen. Erst 1846 hören wir wieder von einigen günstigen Erfolgen, die diese Operation zu neuem Ansehen brachten, so dass im Jahre 1861 Fock schon 34 Fälle von Resectio coxae zusammenstellen konnte.

Die Berichte über diese Operation häuften sich von Jahr zu Jahr, bis auf dem „Internationalen medicinischen Congress in London" im Jahre 1881, die Frage der Frühresection eingehend erörtert wurde, deren Hauptvertreter der deutsche Chirurg Prof. Dr. Hüter war. Nach langem Disputiren liess man die Frühresection im Hüter'schen Sinne fallen und stellte als Indication für die Operation folgende Satzungen auf:

1. Stetige Verschlechterung des Allgemeinbefindens
   a) bei völliger Gelenkzerstörung,
   b) bei teilweiser Gelenkzerstörung und noch teilweise bestehender Florescenz des Processes,
   c) bei acuten eitrigen Fällen.

2. Nachweis von Sequestern im Gelenk, von tuberculöser Entzündung und Amyloidentartung.
3. Nachgewiesene Nutzlosigkeit der conservativ-exspectativen Behandlung in vorgeschrittenen Stadien.
4. Keine Fortschritte in der Reparation des Gelenks.
5. Zu grosse Armut, so dass den Patienten keine günstigen hygienischen Verhältnisse geschaffen werden können.

In den letzten zehn Jahren folgten sich eine Menge von Berichten über die Frage: Soll Coxitis conservativ-exspectativ oder conservativ-operativ behandelt werden? Hiebei haben die Berichterstatter einfach Fälle dieser beiden Behandlungsweisen einander gegenüber gestellt und den Grad der Erkrankung nach dem Hüter'schen Schema bestimmt. Es ist nun zwar sehr leicht bei Operirten den Grad der Erkrankung zu bestimmen, bei exspectativer Behandlung aber dürfte es unmöglich sein, ganz absolut gleichwertige Fälle einander gegenüber zu stellen, da sich ja die Diagnose über die Ausdehnung der Gelenkentzündung schlechterdings nicht genau stellen lässt.

Bei diesem Verfahren mussten natürlich falsche Resultate zu Tage kommen, die als solche auch von vielen bereits anerkannt, und deren Correction angestrebt wurde.

Bei diesem Correctionsbestreben handelt es sich um die Beobachtung der Patienten nach ihrer Entlassung um die Endresultate der Hüftgelenksresectionen.

Von Herrn Hofrath Professor Dr. Schönborn wurde mir der ehrenvolle Auftrag, die Endresultate der Hüftgelenkresectionen, ausgeführt während der Jahre 1880 bis 1890 im Würzburger Juliusspital zusammen zu stellen. Ich benütze die Gelegenheit, am Anfang dieser Arbeit meinem verehrten Lehrer für dieselbe, sowie seinen Herren Assistenten für freundliche Ueberlassung der Krankengeschichten bestens zu danken.

In der Art der Ausarbeitung habe ich mich auf Anweisung meines verehrten Lehrers an die von Herrn Dr. Bähr in Strassburg über das gleiche Thema erschienene Arbeit gehalten.

Es folgen zunächst tabellarisch die Krankengeschichten der Gestorbenen und dann die der Lebenden.

No.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resection.	Datum. Entfern. Teile. Schnittführung.
1.	K. B. aus O., 18 Jahre alt, Metzger, eingetreten am 17. Sept. 1880.	Coxitis dextra. 1/2 Monat. Patient ist hereditär nicht belastet, trat am 9. Sept. ins Spital (Int. Abteilg.) ein, wo er wegen eines diagnosticirten acuten Gelenkrheumatismus mit Natrium salicylicum behandelt wurde. Eine spät. Diagnose: „Osteomyelitis" verursachte seine Ueberführung in die chirurgische Abtheilung. Temperatur blieb ständig auf 39—40°. Am 20. Sept. wurde wegen starker Fluctuation an der Epiphyse der Tibia eine 15 cm. lange Abscesshöhle eröffnet, und ziemlich viel fettiger Eiter entleert. Am 25. Oct. zeigte sich am rechten Trochanter major eine fluctuirende Vorwölbung, die Incision und Entleerung führte bedeutende Besserung herbei, bis am 12. Sept. Schmerzen und am 20. Sept. deutliche Fluctuation an der Symphysis ossis pub. eine Eröffnung einer ungeheueren Abscesshöhle nöthig machen, der die Resectio. oxae folgt.	Gut genährter, kräftiger, mittelgrosser, blasser Patient mit Incisionsfisteln an der R. Tibia, Trochanter major und Symphysis ossis pubis. Rechter Unter- und Oberschenkel in Flexion; Adduction und Innenrotation des Oberschenkels stark ausgeprägt; passive Bewegungen des Femurkopfes im Acetabulum erwecken das Gefühl des Schlotterns. Crepitation nicht nachweisbar.	20. Dez. 1880 Caput, Collum Trochanter major bis unterhalb des Trochanter minor. Schnittführung nach v. Langenbeck
2.	F. P. aus Z. 17 J., Zimmermann, 22. Juni 1880.	Coxitis sinist 1 Monat. Machte am 12. Juli 1880 eine Resectio cubiti durch, wobei der Vorderarm in seiner ganzen Länge gespalten werden musste. Der Heilverlauf war sehr beeinträchtigt, durch immer wieder neu aufbrechende Fisteln. Im Mai 1881 stieg die Temperatur stetig bis zu 40°, es stellten sich heftige Schmerzen im l. Knie- und Hüftgelenk ein, die jede Beweglichkeit der l. Unterextremität hinderten. Hereditätsangaben fehlen.	Schlecht genährter, abgemagerter Patient mit blassem Teint, linke Inquinaldrüsen etwas geschwellt. Vom ligamentum Poupartii bis zur Spitze des Scarpa'schen Dreiecks eine leichte Vorwölbung mit deutlicher Fluctuation. Innenrotation, Adduktion des l. Beines nicht sehr ausgeprägt, dagegen starke Flexion des Unter- und Oberschenkels. Beweglichkeit = O. Druck auf den Troch. mj. sehr schmerzhaft.	28. Mai 1881 Resection. Kopf, Hals und Troch. mj. (Stück.) Schnittführung nach v. Langenbeck

Pathologischer Befund bei der Operation.	**Verlauf** nach der **Operation** bis zur **Entlassung** und zum **Tode**	**Datum** des Todes.	**Ursache** d. **Todes** und **Sectionsbefund.**
Die Blosslegung der Gelenkfläche zeigt ungeheure cariöse Zerstörung der ganzen Gelenkfläche, Oberes Ende von Osteophiten verdickt. Am hinteren inneren Collum femoris ein kleinfingernagelgrosser Sequester. Acetabulum völlig cariös, starke Osteophytenbildung. Pfannenauskratzung.	Patient hatte ständig hohes Fieber, bedeutende Schmerzen und trotz des angewandten Morphiums sehr wenig Schlaf, die Fisteln schlossen sich nie, verursachten durch die starke Eiterung rasche Kräfteabnahme, es folgte noch Decubitus an mehreren Stellen, Auftreten vieler Abscesse.	21. Febr. 1881.	Amyloide Degeneration der Leber, Milz und Nieren. Gehirnoedem.
Die Abscesshöhle erstreckt sich von der vorderen Fläche des Oberschenkels nach hinten unt. gegen das cav. ischio-rectale. Der Druck, ausgeübt durch die Untersuchung per anum. entleert eine grosse Menge käsig. Eiters aus der Resectionswunde, mit ausgeprägtem Kothgeruch. Im resecirten Kopf selbst ist kein ostitischer Herd nachweisb.	Hohe Temperaturen (40—41°) Viel Secret, so dass der Verband mindestens alle zwei Tage gewechselt werden musste. Am 2. Juni intensive Röthung der Wundränder und der Umgebung; Epidermis in Blasen abgehoben: Erysipelas. Am 10. Juni starke Schwellung mit Fluctuation am ober. Rand der Patella. Entleerung dicken Eiters aus derselben mittelst des Dieu Lafois. Am 13. Juni Incision am Innenrande des M rect. femor. bringt grosse Menge käsig. Eiters zu Tage. Die Untersuchg. ergiebt die Trennung der unter. Femurepiphyse von der Diaphyse. Allgemeinbefind. schlecht. Delirien. Starke Schmerzen an der link. Brustseite. Am 2. Juli stark. quäl. Husten mit eitrigem Sputum. 6. Juli collabirend. Resectionswunde war nicht vollständig geschlossen.	7. Juli 1881	Sectionsprotocoll fehlt. Phthisis pulmonum.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resektion.	Datum. Entfern. Teile. Schnittführung
3	L. M. aus K. $4^3/_4$ Jahre alt, 8. Febr. 1881.	Coxitis sinist. $1^1/_2$ J. Eltern und Geschwister gesund. Im Jahre 1880 wurde derselbe wegen Coxitis (I. Stadium.) im Juliusspital behandelt, mit Extensionsverband (3K.) und fast geheilt entlassen im Juli 1880. Jetzt klagt er wieder über heftige Schmerzen im linken Hüftgelenk.	Bleiches, mageres, anämisch. Kind. An der Aussenseite des Oberschenkels über dem Troch. mj. stark. Schwellung und Röthung der Haut, deutliche Fluctuation. Rotation des Oberschenkels nach innen, starke Flexion und Adduktion.	9. Feb. 1881. Kopf, Hals. Trochanter major. abgesägt. Teile der äusseren und hinter. Pfanne entfernt. v. Langenbeck
4	G. S. aus K. 19 Jahr, Büttner, 7. Mai 1881.	Coxit. sinist. $1/_2$ Jahr. Patient stammt von gesunden Eltern, bekam ohne jede Veranlassung heftige Schmerzen im Knie-, dann auch im Hüftgelenk des linken Beines. Im Spital zu Kitzingen wurde ihm ein Extensionsverband angelegt gegen Coxitis sin. incip. Da hiemit nichts erzielt wurde, wurde Patient am 7. Mai ins Juliusspital überführt.	Wenig entwickelter, anämischer schlecht genährter Patient, Temperat. 39,5—40°. Link. Oberschenkel um etwa 10° abducirt, stark nach aussen rotirt mässig flectirt. Aktive Bewegungen werden wegen der Schmerzhaftigkeit nicht ausgeführt. In der Narkose ist die Extremität beweglich, man fühlt deutliche Crepitation am Hüftgelenk. Dicht unter der Leistenbeuge eine kleine deutlich fluctuirende Geschwulst.	24. V. 1881 Kopf, Hals sammt Troch. major Ausmeisselung des Pfannenrandes. Schnitt nach v. Langenbeck.
5	I. R. aus K. 13 Jahre, 6. Juni 1881.	Coxitis sinistra, Hereditätsangaben fehlen. Kommt mit verschiedenen Fisteln auf der Beugeseite des L. Oberschenkels ins Spital. Ueber den Beginn und die Ursache kann keine Auskunft gegeben werden.	Abgemagerter, anämischer, schlecht aussehend. Bursche. Ueber dem Troch. mj. deutlich hervortret. Geschwulst mit Fluctuation. Linkes Bein im Becken fixir. Innen rotirt, adducirt und flectirt.	8 Juni 1881 Kopf, Hals u. Troch. mj. Abmeisselung des Limb. acetabuli. typ. Schnitt v. Langenbeck.
6	W. W. aus G. 3 Jahre 28. Dez. 1881	Coxit sinistr. 5 Monat Wurde wegen essentieller Kinderlähmung auf der medicinischen Abteilung behandelt, als sich dann später sehr heftige Schmerzen beim Gehen einstellten und die linke Glutaealgegend sich stark verbreiterte und Fluctuation zeigte, wurde der Patient auf die chirurgische Abteilung überführt. Hereditär nicht belastet.	Sehr schwaches, schlecht genährtes anämisches Kind. Schwellung der Umgebung des linken Hüftgelenkes, die die linke Nates bis zum Darmbein-Kamm einnimmt. Glutaeal-Falten verstrichen. Oberschenkel fest im Becken fixirt, beinahe rechtwinkelige Flexion, geringe Adduction. Ueberalldeutliche Fluctuation im Gebiete der grossen Geschwulst. Temper. 38,5	11. Jan. 1882 Kopf, Hals sammt Troch. mj. Sequester zahlreiche Knochenpartikelchen. Schnittf. typische Resection! v. Langenbeck

Phatologischer Befund bei der Operation.	**Verlauf** nach der **Operation** bis zur **Entlassung** und zum **Tode.**	**Datum** des Todes.	**Ursache d. Todes** und **Sectionsbefund**
Grosse Mengen Eiter im Gelenk fungöse Ganulationen, ligam. teres völlig zerstört. Knochensubstanz sehr weich, die Knorpel des Kopfes zerstört, ebenso die der Pfanne. Entfernung dieser Knorpelreste mit der Scheere oder scharfem Löffel.	In den ersten Tagen fieberfrei. Am 15. Febr. Temp. 38,5°. Am 16. Febr. wird nach Constatirung deutlicher Fluctuation in der Leistenbeuge eine Incision gemacht, die reichlich Eiter ergiebt aus einer mit der Resectionswunde nicht communicirenden Abscesshöhle. Am 20. März mussten die Fisteln mit dem Thermocauter gereinigt werden, sie schlossen sich am 26. Okt. 1881. Im Nov. machte Patient noch eine Resectio cubiti. durch.	10. Oktober 1882.	Amyloide Degenoration der Leber, Milz und Niere. Beide Lungen adhaerent. Oberlappen brüchig Tuberkel an der Pia mater cerebri. Hüftpfannenrand zerstört, Grund der Pfanne rauh- und papierdünn.
Gelenkkopf völlig zerstört, ebenso Ligam. teres. Ungeheuer tiefe Gelenkpfanne mit rauhem Grund. In der Umgebung verschiedene erbsgrosse Eiterherde, Verdickung durch Osteophyten viele necrotische Knochenpartikeln.	Wegen der starken Secretion zweitäglicher Verbandwechsel, hohes Fieber, schlechter Puls. 15. Juli. Patient verfällt immer mehr; andauernde Diarrhoeen, Decubitus.	20. Sept. 1881.	Sectionsbericht fehlt. Marasmus.
Incission entleert nicht gerade viel Eiter aus der Geschwulst über dem Troch. mj; doch wird hochgradige Vereiterung des ganzen Gelenkes constat. Kopf fast völlig zerstört, Ligam. teres fehlt. Im Troch. mj. grosser osteomyelitischer Herd.	Starke Eiterung, hohe Temperaturen, Delirien. Am 11. Juni ulceröse Endocarditis. Empolische Gangrän des link. Unterschenkels.	13. Juni 1881.	Embolische Gangrän Section wurde nicht gemacht.
Durch die Incision wird eine sehr grosse Abscesshöhle eröffnet und käsig-bröckeliger Eiter entleert. Gelenkkopf aus der Pfanne nach hinten oben gerückt. Lig. teres verschwunden, Acetabulum rauh, im Grund ein kleinfingernagelgrosser Sequester, zahlreiche Knochenpartikelchen. Tumor albus-Schwarten in der Umgebung des Femurkepfes	Anfangs relatives Wohlbefinden Temp. 37—38°. 1. März Temp. 39—40°. An der vorderen Oberschenkelseite deutl. Fluctuation, Incision, allmählich Erholung, bis am 1. Nov. wieder bedeutende Verschlechterung eintritt; Fisteln sehen schlecht aus, vielfaches Erbrechen, Diarrhöen Husten. 10. Nov. Husten sehr kurz, quälend und trocken, Temp. 41°. Erbrechen; Leibschmerz, Athmung flach, Puls beschleunigt.	13. Nov. 1882.	Bei Eröffnung des Bauches profuse Eiterentleerung, auf den Gedärmen Fibrinauflagerung. Pleura cost. u. pulm. fest verwachsen Herz hypertrophisch, Bronchialdrüsen verhärt u. verkäst, Milz vergr., Leb. anäm, verfett. Acini. Niere strohgelb. Leistdrüs. völl. verk. Mikrosk. Tuberkelbc.

No.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resection.	Datum. Entfern. Teile. Schnittführung.
7	S. D. aus S. 14 Jahre, 6. März 1883.	Coxitis dextra. $1^1/_2$ Jahr. Eltern sind gesund. Das Leiden begann Weihnachten 1881. Im März 1882 zeigte sich deutliche Schwellung des rechten Hüftgelenks, welche April 1882 aufbrach, im Februar 1883 brach der Eiter an einer zweiten Stelle durch. Ausser den Schmerzen im rechten Hüftgelenk, will sich Patient wohlbefunden haben. Als Kinderkrankheit, hatte er Masern u. Scharlach durchgemacht. Da bei der Sondirung die Fisteln nicht bis in das Gelenk gehen, wird vorerst von der Operation Abstand genommen; Antiseptischer Verband nach Reinigung der Fisteln angelegt.	Recht schwacher Junge ohne Panicul. adip., anämisch. Rechtes Hüftgelenk diffus geschwellt an der Aussenseite des Troch. mj. Das Bein steht in Innenrotation Aduction, am Knie in leichter am Hüftgelenk in starker Flexionsstellung. Fuss in Pes equinusstellung. Femurkopf in typischer Luxatio iliaca-Stellung. Beim Liegen starke Lumballordose. Rotation, und Flexion in nur sehr geringem Grade und nur passiv möglich, Druck auf die Umgebung des Troch. mj. ungemein schmerzhaft	11. Mai 1883 Kopf bis zur Epyphysenlinie. Schnitt v. Langenbeck.
8	A. K. aus M. 10 Jahre, 9. Mai 1883.	Coxitis dextra. 1 Jahr. Mutter und zwei Schwestern an Phtisis pulm gestorben. Hatte vor 3 Jahren die rothen Flecken durchgemacht und klagt nunmehr seit ungefähr 1 Jahr über Schmerzen zuerst im rechten Knie, dann auch im Hüftgelenk.	Normal grosses, mag. anäm. Mädchen, Lungenschall nicht ganz rein, Bronchialathmen Rechte Ingunialgegend zeigt deutliche Fluctuation in der Tiefe. Troch. mj. steht 2 ctm. über der Roser-Nélaton'sch. Linie, Druck auf denselben sehr schmerzhaft. Das rechte Bein steht in fast rechtwinkeliger Flexionstellung adducirt, nach innen rotirt Beweglichkeit, sowohl passive als active gleich Null.	22. Mai 1883. Kopf, Hals, Trochhauser mj. bis zur Epiphysengrenze. Schnitt nach v. Langenbeck
9	B. G. aus B. 5 Jahre, 20. Juni 1883.	Coxitis dextra. $^1/_2$ Jahr. Hereditätsangaben fehlen, Percussion der Lunge ergibt gedämpften Schall d. Spitzen Auscultat. Rasselgeräusche. Husten mit eitrigem Sputum; mikroskopischer Nachweis von Tuberkelbacillen gelingt aber nicht. Klagt über hochgr. Schmerzen am recht. Bein, dess. Muskulatur auch deutlich atrophisch ist.	Schlecht aussehendes, mag. Mädchen. Rechtes Bein im Hüftgelenk hochgradig flectirt, adducirt, und innen rotirt. Troch. mj. steht gut 3 ctm. über der Roser-Nélaton'schen Linie, Pathologisch. Luxation nach hinten oben. Druck gegen den Troch. mj. sehr schmerzhaft.	23. Juni. 1883. Kopf u. Hals. v Langenbeck.

athologischer Befund bei der Operation.	Verlauf nach der Operation bis zur Entlassung und zum Tode.	Datum des Todes.	Ursache d. Todes und Sectionsbefund.
i der Incision entleert sich el dicker Eiter. Der Femur-pf an der Epiphysenlinie ge-t, liegt frei in der Gelenks-anne, Knorpelüberzug völlig rschwunden, Oberfläche stark nagt, Periostistische Wucher-gen haben am Halse einen opfartigen Gelenkkopf neu-bildet. Kopf wird extrahirt, ne dass das obere Femurende herausluxirt wird.	Die Wunde secernirt sehr stark, alle 2 Tage Verbandwechsel. Nach Anlegen des Streckver-band starke Blutung, viel Ei-weis im Urin. Dennoch ist Patient schon am 17. Juli fähig mit Krücken zu gehen und wird am 10. Aug. 1883 auf Wunsch mit 2 mini-mal eiternden Fisteln entlassen, an einem Stock gehend. Ein Monat nach der Entlassung waren diese beiden Fisteln eben-falls vollständig verheilt. Pat. starb am 7. Dez. 1886 in seiner Heimath.	7. Dez. 1886.	Morbus Brighti.
pf cariös bis auf ein Mini-m zerstört, von Knorpel völlig tblösst. Oberfläche des Ace-bulums wie zernagt, Extraction hrer kleiner Sequester. Aus-felung fungös. Granulationen Pfannenrand. Bei den Ro-ionen, die mit dem Ober-enkel gemacht wurden, brach rselbe an der Epyphysenlinie morsch ab.	Nach der Operation sehr colla-birt, Aetherin. jection. Erhol-ung. Alle Abends darauf hohe Fiebertemperaturen, kein Ap-petit, lebhafter Schmerz, Delir. Embolien der Unterschenkel-venen.	27. Mai 1883.	Embolische Gangrän des rechten Unter-schenkels Section wurde nicht gemacht.
orpel des Kopfes durch Ca-s völlig zerstört, Knochen chlich rauh. Lig. teres nicht hr vorhanden. Acetabulum-nd rauh und an einer Stelle rforiert, hinterer Rand usu-t. Im Innern des Kopfes in ostitischer Herd.	Hohe Fiebertemperatur., starke Secretion. Am 3. Tage nach der Resectio Epileptische An-fälle, abwechselnd mit Schüttel-frösten. Wegen eitrigen Ergusses musste am 2. Aug. das rechte Knie-gelenk mit dem Paquelin zu beiden Seiten der Pasella er-öffnet werden. Starker Kopf-schmerz, Aufschreien aus dem Schlafe, endlich Soporöser Zu-stand, langsamer Puls 30—35.	27. Sep. 1883.	Meningitis basilaris tuberkulosa. Phthisis pulmonum.

No.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resection.	Datum. Entfern. Teile. Schnittführung.
10	T. K aus N. 12 Jahre alt, 22. Sept. 1883.	Coxitis sinistra. 9 Monat. Hereditär nicht belastet. Sein Leiden begann im Frühling des Jahres 1883 mit Schmerzen im linken Knie- und Hüftgelenk, wurde ärztlicherseits mit Salben behandelt. Da keine Besserung eintrat, kam Patient ins Juliusspital, wo er mit Extensionsverband behandelt wurde. Anfangs vollständig fieberfrei, stellte sich am 25. Nov. neben beträchtlich. Schmerzsteiger. auch Fieber ein (38,5—39°), zugleich zeigte sich in der Leistengegend eine kleine Verwölbung, die deutlich gröss. wurde.	Sehr gesund aussehender, gut ernährter, kräftig. Junge, Percussion und Auscultation der Lungen ergaben ein negatives Resultat. An der link. Seite von der Spitze des Scarpa'schen Dreiecks, bis zum Peupartisch. Band deutlich fluctuirende Verwölbung, Bein verkürzt um ca. 3 ctm. nach innen rotirt, stark adducirt und im Knie flectirt. Druck auf den Troch. mj. schmerzhaft.	18. Jan. 1884 Schenkelkopf verschiedene Sequester. Schnitt: v. Langenbeck
11	J. R. aus R. 40 Jahre, Seiler 2. Oktob. 1883.	Eltern leben und sind gesund. Patient will früher immer gesund gewesen sein, bis im August 1882 starke Schmerzen und Steifheit ihn am Gehen hinderten. Im Winter ging es ihm dann wieder besser, im Frühling begab er sich in ärztliche Behandlung, weil jetzt das rechte Hüftgelenk stark schmerzte. Extensionsverb Coxitis dextra. 1 1/2 Jahr.	Sehr abgemagerter, blasser Mann. Rechte Lungenspitze infiltrirt. Rechtes Bein adducirt, nach Innen rotirt, wenig flectirt. Gegend unter dem Poupartischen Band kegelförmig vorgewölbt zeigt an der Spitze eine verdünnte Stelle mit deutlicher Fluctuation. Glutaealfalte verstrichen. Troch. mj. 3 ctm. über der Roser-Nélaton-schen Linie. Active Bewegungen = Null. Bei pass. fühlt man rauhes Reiben im Gelenk Incision zur Entleerung des Abscesses führt auf rauhen Knochen.	13. Feb. 1884. Kopf, Hals. Troch. mj. Schnitt: v. Langenbeck
12	E. D. aus S. 3 Jahr, 19. Oktober 1883.	Coxitis sinistra. ? Jahr. Hereditätsangaben fehlen. An Kinderkrankheiten hatte sie bis jetzt nur Masern durchgemacht. War zuerst mit Extensionsverband behandelt worden.	Ziemlich gut genährtes, kräftiges Kind. Link. Bein im Hüftgelenk fixirt, mässig adducirt und flectirt. Inguinalfalten verstrichen, in der Tiefe deutliche Fluctuation, Druck auf den Troch. mj. sehr schmerzhaft.	7. Dez. 1883. Kopf. v. Langenbeck

Phatologischer Befund bei der Operation.	Verlauf nach der Operation bis zur Entlassung und zum Tode.	Datum des Todes.	Ursache d. Todes und Sectionsbefund
Schenkelkopf osteophytisch vergrössert, mit fungösen Granulationen besetzt. Im Innern ein erweichter ostitischer Herd. Pfanne perforirt, so dass man mit dem kleinen Finger durchdringen kann, aus ihr werden mehrere Sequest. extrahirt deren grösster 3 ctm. lang und 1 cm. dick ist, aus der Bauchhöhle wird auf Druck per anum dicker käsiger Eiter entleert.		31. Mai. 1884.	
Kopf fast vollständig zerstört, Hals und Troch. mj. durch secundäre Prozesse verdickt, Kapsel in eine teils weiche schwammige, fibröse Masse umgewandelt. Knorpel der Pfanne zerstört. Auskratzung führt noch einige Knochenpartik. zu Tage.	Nach der Operation etwas collabirend, erholt sich Patient auf Aetherinjektion und Wein. Am 14. Febr. Schüttelfrost. Verband ganz durchtränkt, Temp. 39,5—40,5. Hochgradige Athemnoth, Rasselgeräusche, Thoraxhaut ödematös geschwellt. Teilnahmslosigkeit, Sopor.	20. Feb. 1884.	Linke Pleurahöhle m. seropurulentem Exsudat erfüllt, Lunge, ober. Spitzen beiderseits etwa haselnussgrosse Cavernen, Herz klein, atropisch. braune Muskulatur. Amyloidniere, u. Milz. Körpermuskulat. verfettet. In der Operationsstelle viel fung. Massen, Fistelgänge Eiter und Blut.
Bei Incision der fluctuirenden Geschwulst wurde sehr viel dicker käsiger Eiter entleert. Knorpel und Kopf völlig zerstört gefunden in der ganzen Umgebung fungöse Granulationswucherungen.	Hohe Fiebertemperatur. starke Secretion. Alle 2 Tage Verband-Wechsel. Auf Verlangen am 7. März 1884 in ihre Heimath entlassen. Fisteln waren noch offen, ging mit 2 Krücken.	3. März 1885.	Sectionsbefund fehlt. Nach dem Bericht des behandel. Arztes, an Caries der Wirbelsäule und Phthis. pul. gest. Fisteln waren nie geschlossen.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resektion.	Datum. Entfern. Teile. Schnittführung
13	J. H. aus Z. $3^3/_4$ Jahr, 13. Nov. 1883.	Coxitis dextra. $^1/_2$ Jahr. Sein Vater starb an Phthise. Das Kind soll bis Juni immer gesund gewesen sein, wo seine Mutter plötzlich merkte, dass es das rechte Bein schonte und nicht wagte fest aufzutret. Ausserdem fiel der Mutter eine Verwölbung in der Ingunialgegend auf.	Gracil gebautes, blasses anäm. Kind. An der recht. Lungenspitze deutl. Dämpfung. Rechtes Bein etwas abducirt, ausgiebige Beweglichkeit möglich, Schmerz gering. In der Ingunialgegend zeigt sich die Haut deutlich vorgewölbt, in der Tiefe Fluctuation.	22. Novemb. 1883. Kopf ausgemeiss. Teile. aus d. Pfanne Schnitt: v Langenbeck.
14	M. S. aus D. 15 Jahr. 24. März 1884.	Coxitis dextra $1^1/_2$ Jahr. Eltern sind beide gesund. Leidet seit $1^1/_2$ Jahren an Schmerzen im rechten Hüftgelenk. Es kamen Remissionen mit folgenden stärker. Exacerbationen. Wurde mit Streckverband behandelt.	Magerer, blasser Junge, Muskulatur schlecht entwickelt Infiltration der recht. Lunge. Husten mit spärlich. eitrig. Sputum. Nächtliches Aufschreien im Schlaf. Rechtes Bein etwas adducirt, wenig flectirt und innenrotirt. An der Inguinalgegend eine in der Tiefe fluctirende Hervorwölbung.	1. Aug. 1884. Kopf. Schnitt nach Hueter.
15	A. B. aus R. 5 Jahr, 23. Mai 1884.	Coxitis sinistra. 2 Jahr. Hereditätsangaben fehlen. Patient hat vor 2 Jahren Masern gehabt. Klagt seitdem über starke Schmerzen am linken Oberschenkel, hat dabei Fiebertemperatur. von 40—41°. Diagn. Osteomyelitis acut fem. sin. Wurde zuerst mit Ruhigstellung der erkrankten Extremität behandelt, dann als deutlich fluctuirende Geschwulst sich zeigte incidirt und ein nicht unbeträchtlicher Sequester entfernt. Die Wunde ist noch nicht geheilt gewesen, als sich Patient, wegen ungemein heftiger Schmerzen im Hüftgelenk links, scheute aufzutreten, das Bein soll dabei sich zusehends nach aussen gelagert haben.	Schlecht aussehend., blass. magerer Knabe mit atroph. Muskulatur des link. Beines. Linker Oberschenkel steht in Abductions- und Aussenrotationsstellung im Knie deutlich, im Hüftgel. weniger ausgeprägt flectirt Druck auf Troch. mj. sehr schmerzhaft, derselbe steht 3 ctm. über d. Roser-Nélaton'schen Linie.	25. Novemb. 1884. Kopf, Pfannenrand abgemeisselt. Schnitt nach v Langenbeck.

Pathologischer Befund bei der Operation.	**Verlauf** nach der **Operation** bis zur **Entlassung** und zum **Tode**.	**Datum** des Todes.	**Ursache d. Todes** und **Sectionsbefund.**
Der Kopf zeigte sich noch ziemlich intact, jedoch die Gelenkpfanne perforirt. Das Gelenk mit sehr zahlreichen Granulationen angefüllt und starke Eiterung. Die Umgebung der Pfanne rauher Knochen.	Manchmal Fieber, oftmaliges Erneuern des Verbandes dring. nöthig wegen der starken Secretion. Mit offenen Fisteln entlassen am 5. Dezember 1884.	6. Febr. 1886.	Phthisis pulmon.
Viel Eiter im Gelenk, Femurkopf stark usurirt. An der Pfanne wurde ein Knochenherd mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, fungöse Granulationen entfernt.	Sehr starke Eiterung, Oftmal. Verbandwechsel, stetige Fiebersteigerung. Am 1. Nov. muss ein periarticulärer Abscess eröffnet werden, hiebei findet man an der Pfanne 3 dem Os ischii, ilei, pubis angehörige Sequester, die mit der Kornzange herausbefördert werden. Temp. 38. Rapide Zunahme der Lungenaffektion, Kräfteverfall, Soporöser Zustand.	29. Sept. 1884.	Phthisis pulmonum.
Wenig Eiter im Gelenk. Pfanne klein, Kopf minimal gefunden, ziemlich ausgebreitet fungöse Granulationen. Mikroskopische Untersuchung ergibt keine Tuberkelbacillen, keine Riesenzellen, Rundzellen und epitheloide Zellen in Tuberkeln angeordnet.	Nach der Operation plötzlich collabirend erholte sich Patient trotz Aether und Camphor injectionen nicht mehr völlig und starb 12 Stunden post operationem.	26. Nov. 1884. Morgens 1 Uhr.	Collaps.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resektion.	Datum. Entfern. Teile Schnittführung
16	E. D. aus M. 11 Jahr, 22. November 1884.	Heredität angaben fehlen. Hatte Masern und Scharlach durchgemacht. Seit längerer Zeit heftige Schmerzen im r. Knie- und Hüftgelenk, rechts freiwillig hinkend, wurde mit Extensionsverband behandelt. Husten mit eitrigem Sputum.	Gracil gebautes, mageres hectisch aussehendes Mädchen Lungenspitzen beiders. eingesunken, deutliche Rasselgeräusche und gedämpfter Schall. Rechtes Bein im Knie- und Hüftgelenk etwas flectirt, abducirt und leicht nach aussen rotirt. Ueber dem Troch. mj. hervorgewölbte fluctuirende Geschwulst.	15. Dez. 1884 Kopf, Hals, Troch. mj. u min. Verschiedene Sequester. Schnitt nach v. Langenbeck
17	J. I. aus S. 51 Jahr, Brauer. 8. Juli 1885.	Coxitis dextra. 7 Jahr. Heredität angaben fehlen. Beginn der Krankheit vor 6—7 Jahren, wo erst leichte Beschwerden u. Schmerzen im rechten Knie-, später auch im Hüftgelenk auftraten. Seit einem halben Jahr wird er durch eine sehr langsam wachsende Geschwulst in der rechten Inquinalgegend am Gehen verhindert, Schmerz an der Aussen- und Vorderseite des rechten Oberschenkels.	Nicht gut aussehender Mann mit kräftigem Knochenbau und starker Muskulaturentwickelung. Circumfer. des R. Oberschenkels 60 ctm. L. 56. In der Inquinalgegend ein deutlich vorspringender Tumor, der knochenhart ist und sich vom Oberschenkel und Becken nicht verschieb. lässt. Oberhaut abhebbar; hat eine Ausdehnung vom Lig. Poup. abwärts 12—14 c. innen begrenzt von den grossen Gefässen, aussen vom Troch. mj.	12. Juli 188 Acetab. rand Schenkelkop und Hals nebst dem Tumor. Schnitt nac Hueter.
18	B. G. aus W. 16 Jahre, 17. Dezember 1885.	Coxitis sinistra. 6 Wochen Vater und Mutter starben an Lungenschwinds. Patient war schon mit 8 Jahren wegen tuberkulöser Erkrankung der Metacarpalknochen der rechten Hand und des rechten Cubitalgelenks zur Behandlung im Juliusspital. Seit 6 Wochen Schmerz im linken Bein; seit 3 Wch. Beugestellung im L. Knie- und Hüftgelenk, hochgrad. Schmerz, so dass Patientin zu Bett liegen muss.	Hochgradig anäm. schlecht genährt, Lungendämpfung deutlich. Rechtes Ellenbogengelenk ankylotisch im rechten Winkel flectirt Linke Unterextremität im Knie- und Hüftgelenk fast rechtwinklig gebeugt, innen rotirt und adducirt. Inquinalgegend deutlich geschwellt, nach hinten und oben vom Troch. mj. 3 ctm. über Roser-Nélaton'schen Linie. Nach hinten oben über der Troch. mj. fühlt man einen dem Schenkelkopf ähnlichen Körper.	22. Dez. 18 Kopf, Hal u. Troch. Schnitt na v. Langenbe

Phatologischer Befund bei der Operation.	**Verlauf** nach der **Operation** bis zur **Entlassung** und zum **Tode.**	**Datum** des Todes.	**Ursache d. Todes** und **Sectionsbefund**
Sehr viel Eiter im Gelenk. Die Abscesshöhle erstreckt sich vom Becken ausgehend bis zur unteren Hälfte des Femur. Kopf völlig zerstört, ebenso Lig. teres, Hals rauh, Troch. mj. mit Knochenheerd, T. minor zeigt einen tiefen cariösen Einschnitt, Pfanne perforirt. Mikroskopisch: Unmassen von Tuberkelbacillen.	Starke Secretion, alle 2 Tage Verbandwechsel. Nachts heftige Schweisse, Lungendämpf. nimmt an Ausdehnung zu. Die Wunden zeigen wenig Neigung zur Heilung. Husten wird stärker, quälender, im Sputum viele Bacillen.	30. März 1885.	Phthisis pulmon. Amyloide Degenerat. der Niere.
Der Tumor zeigte keine ganz deutliche Abgrenzung gegen die ihn umgebenden Muskeln, sondern vielfach Verwachsung. Sass fest am Kopf, Hals und Pfannenrand auf, und musste mit Knochenteilen aus dem Femur und dem Becken ausgemeisselt werden. Hiebei zeigten sich Herde im Hals und Kopf des Femur, so dass diese entfernt werden mussten.	Hohe Fiebertemperaturen. Ungemein starke Secretion, so dass der Verband an manchen Tagen 2mal gewechselt werden musste Patient wird schwächer, Wundränder sehen sehr schlecht aus.	4. Sept. 1885.	Pyaemie.
Im Gelenk sehr viel Eiter, Pfanne mit fungösen Massen ausgekleidet, Kopf rauh seines Knorpelüberzugs beraubt und nach hinten oben luxirt. Am Hals erbsengrosse Käseherde. Troch. mj. fungös verdickt.	Ziemlich starke Eiterung. Erbrechen, Diarrhöen, Fieber, Schmerz beträchtlich. Verbandwechsel alle 2 Tage. Schlechter Schlaf, nächtlich plötzlich aufschreiend.	1. Januar 1886.	Phthise, Miliartuberculose, Meningit. basilaris tuberculosa. Erschöpfung.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resection.	Datum. Entfern. Tei Schnittfüh ung.
19	A. K. aus P. 17 Jahr, Taglöhner. 30. Oktob. 1886.	Coxitis dextra. 1 Jahr. Mutter starb an Phthisis pulm. Will vorher nie krank gewesen sein und nun seit einem Jahr Schmerzen im rechten Hüftgelenk spüren, ohne eine Ursache hiefür zu finden. Der Gang wurde immer hinkender, zuletzt musste er einen Stok benützen, das rechte Bein steht seit Mai in Abductionsstellung. Patient machte auf ärztliche Verordnung Jodtinktureinreibungen im rechten Hüftgelenk. Im Juliusspital wird Patient mit einem Streckverband behandelt. Januar 1887 wird eine pralle, eliptische Geschwulst deutlich fluctuirend in der Leistengegend incidirt und viel Eiter entleert, der mikroskopisch Tuberkelbacillen enthält.	Magerer, schlecht genährter und entwickelter Mann, ohne Husten, Lungenuntersuchung gibt negatives Resultat. Rechtes Bein scheint verlängert atrophische Muskulatur. Rechte Leistengegend verstrichen, Drüsenschwellung bis ins Scarpasche Dreieck, Druck auf Troch. mj sehr schmerzhaft. Beckenfixation des Beines. Sondirung der offenen Fist. ergibt rauhe Knochenteile.	23. Augus 1887. Kopf, die Kapselrest und ein Te des aufste Sitzbeinaste v. Langenbe
20	A. R. aus K. 14 Jahr. 1. Mai 1886.	Coxitis sinistra. 1 Jahr. Vater und 3 Geschwister an Phthis. pul. gestorben. Patientin selbst hatte mit 5 Jahren Scrophulose der rechten Hand. Ihr jetziges Leiden begann im Frühling 1885 mit Schmerzen im link, Hüftgelenk. Im Winter 1885/86 zeigte sich Schwellung, die mit Einreibungen behand. wurde, der Schmerz wurde stärker, das Bein nahm deutliche Innenrotationsstellung an.	Abgemag. anäm. Mädchen, Lungenspitzenuntersuchung ergibt Rasselgeräusche. Rechtes Bein um 7cm. verkürzt, im Knie- und Hüftgelenk flectirt, adducirt, innen rotirt. Bewegung gering ausführbahr, aber sehr schmerzhaft, Druck auf Troch. mj. sehr schmerzhaft, unter dem Troch. mj. ein deutlich fluctuirender hervorgewölbter Tumor. Troch. mj. steht 5 ctm. über der Roser-Nélatonschen Linie.	25. Mai 18 Kopf, unte Pfannenra Schnitt na v Langenbe

Phatologischer Befund bei der Operation.	Verlauf nach der Operation bis zur Entlassung und zum Tode.	Datum des Todes.	Ursache d. Todes und Sectionsbefund
Gelenkkopf fast völlig zerstört, Knochen so weich, dass er leicht mit dem Messer geschnitten werden kann. Acetabulum stark verdickt, Pfannenauskratzung liefert einige kleine Sequester zu Tage. Der aufsteigende Spitzbeinast zeigt einige deutlich rauhe Stellen, welche abgemeisselt werden.	12 Uhr Mittags. Am Ende der Operation war Patient völlig pulslos, Aether- und Camphorinjektion, brachten wieder einiges Leben. 2 Uhr nochmals Injektion von Aether. 5 Uhr Exitus let.	23. August 1887.	Sectionsbefund fehlt. Collaps.
Nach der Incision reichliche Entleerung eines dicken käsigen Eiters, die Abscesshöhle führt direct auf den unt. Pfannenrand. Schenkelkopf nach hinten oben abgewichen und stark ulcerirt, unter. Pfannenrand cariös zerstört. Im Gelenk selbst fungöse Massen.	Nach der Operation heftiges Erbrechen, baldige Erholung und guter Heilverlauf ohne Fieber, Patientin konnte mit geheilter Resektionswunde am 1. August entlassen werden. Am 30. Okt. trat sie wieder ein mit grosser Fistel, Oedem des Beines, leichtem Ascites Eiweis im Urin.	27. Juli 1887.	Amyloide Degenerat. der Nieren, Milz und Leber. Haselnussgrosse Cavernen in beiden Lungenspitzen.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resection.	Datum. Entfern. Teile. Schnittführung.
21	M. W. aus O. 40 Jahre, 20. November 1886.	Coxitis dextra. 32 Jahr, resp. $^1/_2$ Jahr. Stammt von ganz gesund. noch lebenden Eltern. Im Alter von 8 Jahren hatte sie bereits eine rechtseitige Coxitis durchgemacht, war 2 Jahre mit stark eiternden Fisteln zu Bette gelegen und hatte nach der Heilung einen ganz steifen Fuss bekommen. Im Juni 1886 stellen sich nun nach 30j. Ruhe heftige Schmerzen im R. Hüftgelenk ein, bes. in der Leistengegend und am Troch. mj. Eine Incision entleert wenig dicken Eiter. Extensionsverband, Februar 1887 neue Incision; starke Eiterentleerung.	Kleine, gut genährte Frau. Rechte Unterextremität ca. 10 ctm. kürzer als linke, fest im Hüftgelenk fixirt, atrophisch beim Bewegungsversuch äusserst schmerzhaft, Lendenlordose. Sondirung der Fisteln ergibt weitgehende Knocherkrankung Ueber dem Troch. mj. neue deutlich fluctuirende Geschwulst.	27. Juli 1887. Mittag 12 Uhr. Kopf, Hals, Stück vom Troch. mj. Schnitt nach v. Langenbeck
22	B. E. aus M. 8 Jahr. 19. Febr. 1887.	Coxitis dextra. $1^1/_2$ Jahr. Beide Eltern gesund. Bis zum Winter 1885/86 soll Patient immer gesund gewesen sein; da erkrankte er an Coxitis dextra und wurde von Anfang Mai 1886 mit Extensionsverband und Leberthran behandelt, es erfolgte Ausheilung mit Ankylose des rechten Hüftgelenks. Vom August ab geht er mit 2 Krücken. 20. Sept. bricht er durch einen Fall vom Stuhl den rechten Unterschenkel im oberen Drittel. 1. Oktober zeigt sich eine Geschwulst im Scarpaschen Dreieck. Am 27. Januar 1887 bricht Patient den rechten Oberschenkel in der Mitte. Probepunction der Geschwulst ergibt Eiter ohne Tuberkelbacillen. Lungenspitze r. suspect.	Anämischer Junge mit krft. Muskulatur, mit verbreiteter Herzdämpfung nach oben, an der Pulmonalis lautes blasendes Geräusch, das Systole und Diastole völlig überdeckt. In der Leistengegend links und rechts geschwellte Lymphdrüsen; st. Lendenlordose. Recht. Bein steht in stark. Abduktion, Aussenrotation u. Flexion. ctm. ctm. Nab.-Mall. int. R. 54. L. 61. Spin-ant-sp. „ R. 52. L. 54. Nab.-Mitt.-Pat. R. 33. L. 37. Mt. Pat-Mal int R. 25. L. 27. Becken bei jeder Bewegung mitgehend. Rechtes Knie ist Schlottergelenk. Tibia im oberen $^1/_3$ nach hinten convex gekrümmt, Druck auf Troch. mj. schmerzh. an seiner Aussenseite bis zur inneren Sartoriusgrenze im unteren Oberschenkeldrittel grosser vorgewölbter Abscess.	23. Feb. 1887. Mittags 12 Uhr Hals-Kopf. Kapselreste, Sequester. Schnitt nach v Langenbeck

Pathologischer Befund bei der Operation.	**Verlauf** nach der **Operation** bis zur **Entlassung** und zum **Tode**.	**Datum** des Todes.	**Ursache d. Todes** und **Sectionsbefund.**
Die Incision der Geschwulst oberhalb des Troch. mj. führt direct in die Pfanne. Die knöcherne Ankylose wird durch Durchmeisselung gelöst, die Pfanne cariös und perforirt gefunden, Perforationsöffn. kleinfingernagelgross, entleert sehr viel dicken käsigen Eiter. Knochenlagerung in der Nähe des Tuber ischii werden abgetragen.	Radialpuls nicht mehr fühlbar, Injectionen von Aether und Ol. Camph. bringen denselben nur auf wenige Minuten wieder. 3 Stunden nach der Operation. Exitus let. constatirt.	27. Juli 1887.	Sectionsprotocoll fehlt!
Incision des Abscesses ergibt viel dicken, käsigen Eiter, Schenkelkopf destruirt, des Knorpels fast völlig beraubt, ist so klein, dass sich der Hals völlig in der Pfanne befindet. Kapsel fungös entartet. In der Pfanne ein haselnussgrosser Sequester, Auskratzung und sehr starke Blutung.	3 Uhr Nachmittags oftmaliges Erbrechen, kleiner sehr frequenter Puls (150). $^1/_2$7 Verband von Blut und Secret durchtränkt. Temp. 36,4°. 8 Uhr. Puls 190, Dyspnoe Aetherinjection, Digitalis und Tokajer per os. 10 Uhr Exitus letalis.	23. Feb. 1887.	An den Lungen niehts Pathologisches, Pulmonalis sehr weit. Im Isthmus Aortenstenos. Todesursache: Herzschwäche.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resektion.	Datum. Entfern. Teile. Schnittführung
23	C. S. aus W. 30 Jahr. Dienstknecht. 9. März 1887.	Coxitis dextra. 1/2 Jahr. Ist hereditär nachweisbar nicht belastet, will auch keine Kinderkrankheit gehabt haben; war Soldat gewesen und immer gesund bis zum November 1886, wo ihm das Bücken schmerzhaft wurde. Mit Pulvern- und Breiumschlägen behandelt, soll bei ihm der Schmerznachgelassen haben. Es entstand aber an der r. Seitengegend eine nicht unbeträchtliche Geschwulst, wegen der er ins Spital kommt. Dieselbe wird incidirt und viel Eiter entleert. Die Wunde zeigt wenig Neigung zur Heilung. Am 22. I. 1888 neuer mächtiger Abscess in der linken Inquinalgegend.	Anaemischer, schlecht genährter und schlecht entwickelter Mann, kann langsam mit vorgebeugt. Oberkörper gehen. Am Rechten Bein im oberen inneren Winkel des Scarpa'schen Dreiecks offene secernirende Fistel. Linkes Bein steht in geringer Flexion- Innenrotations- und Adduktionsstellung. In der Fossa subinquinalis deutlich fluctuirend. Geschwulst. Druck auf den Troch. mj. sehr schmerzhaft.	31. Jan. 1888. Kopf, Hals u. Troch. mj. 2. Sequester. Schnitt nach v. Langenbeck
24	J. Z. aus O. 14 Jahr. 2. Mai 1887.	Coxitis sinistra. 1 Jahr. Der Vater leidet an Haemoptoe. Er selbst will nie krank gewesen sein, bis vor einem Jahr, wo er starken Schmerz im linken Hüftgelenk spürte, das Bein wurde immer kürzer und im Knie gebeugt. Jede Rewegung war äusserst schmerzhaft, der behandel. Arzt schickte ihn ins Juliusspital, wo ihm Extensionsverband u. Gipshanfschiene angelegt wurde. An der Vorderfläche mussten zwei Abscesse incidirt werden.	Schwacher kleiner Knabe mit gracilem Wuchs und schwacher Muskulatur. L. Bein im Hüftgelenk schw. flectirt, nach innen rotirt, adducirt. Schwellung in der Gegend des Troch. mj. deutlich fluctuirend, auf Druck sehr schmerzhaft, starke Lendenwirbelordose. 2 off. Fisteln vorne und ausen am Oberschenkel.	23. Juli 1888. Kopf, Stücke von d. Pfanne. Schnitt nach v. Langenbeck

Pathologischer Befund bei der Operation.	**Verlauf** nach der **Operation** bis zur **Entlassung** und zum **Tode**.	**Datum** des Todes.	**Ursache d. Todes** und **Sectionsbefund.**
Kapsel total tuberculös zerstört. Kopf rauh und sehr klein, Trochanter mj. mit einer tiefen Rinne tuberculös ulcerirt. Pfanne perforirt, einige linsengrosse Sequester in derselben, Pfannendefect etwa 2 Markstück gross. Knorpel an Kopf und Pfanne völlig verschwunden, Ostaler Herd im Femur nicht nachweisbar.	Nach der Operation collabirend wird er noch am Leben erhalten, durch Aetherinjectionen, Camphor, Tokayer und Champagner; bis Nachts 1 Uhr eine Ohnmacht die andere ablöste und Exit. let. eintrat.	1. Februar 1888.	Shok. Sectionsprotokoll fehlt.
Bei der Incision der fluctuirend. Geschwulst am Troch. mj. wurde derselbe noch gesund gefunden, ebenso der Hals; Kapsel u. Kopf zerstört, Pfannenrand und -grund des Knorpelüberzuges beraubt und sehr rauh.	Nach der Operation relativ wohlbefindend, wurde Patient am Abend immer schwächer: 12 Uhr Nachts pulslos. Aetherinjectionen riefen wieder etwas Leben hervor; am 24. Morgens erneute Aetherinjection. 12 Uhr Nachmittags pulslos. $^1/_2$1 Uhr Exitus let. Wunde secernirt, mässig.	24. Juni 1888.	Collaps. Bei der Sect. konnte keine Fettembolie als Todesursache eruirt werden.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resektion.	Datum. Entfern. Teile Schnittführung
25	J. G. aus K. 9 Jahr, 23. Juli 1887.	Coxitis sinistra. 2 Jahr. Eltern sind beide gesund, er selbst hatte vor zwei Jahren Luftröhrenentzündung, bekam dann Schmerzen im Knie und in der Hüfte links. Vom Arzt wurden zuerst Einreibungen verordnet; hierauf ins Spital gebracht, wurde ihm ein Streckverband angelegt. Im Dez. mussten ihm am vorderen Theil des Oberschenkels zwei Abscesse eröff. werden, die aber bei der Sondirung nicht auf den Knochen reichten.	Kleiner, schlecht genährter magerer Knabe. Brustorgane gesund; Link. Oberschenkel im Hüftgelenk fixirt, etwas nach innen rotirt, adducirt flectirt. Mitt. an der Aussenseite des Mus. sartorius ein Abscess, welch. secernirt, am inneren Rand eine geschlossene Fistel, Inquinalfaltenganz verstrich. Troch. mj stark vorgewölbt steht 2 ctm. über Roser-Nélaton'schen Linie.	13. Feb. 1888. 12 Uhr Mittg. Kopf, Hals, Troch. mj., Pfannenrand abgemeisselt. Schnitt nach v Langenbeck.
26	G. N. aus K. 9 Jahr. 7. Aug. 1887.	Coxitis dextra. 1 Jahr. Ueb. Hereditätsverhältnisse nichts bekannt. Patient hatte mit 4 Jahren den Keuchhusten, fiel vor einem Jahr über die Treppe hinab und will seit dem Fall nicht mehr ordentl. laufen können. Wurde zu Hause mit Salzbädern behandelt, was aber nichts nützte. Gehen war nur mit einem Stock mögl. Im Spital wurde er in einen Streckverband gelegt.	Schwacher Knabe, mit frisch. Hautfarbe. Rechtes Bein abducirt nach aussen rotirt, flectirt. Becken mit allen passiv. Bewegung. mitgehend, active unmöglich. Unter dem Pouparti-schen Band stark fluctuir. Geschwulst herabreich. bis ins Scarpasche Dreieck. Druck empfindlich am Troch. mj.	29. Nov. 1887. Kopf. Schnitt nach Hueter.
27	V. T. aus W. 4 Jahr. 24. Januar 1888.	Coxitis sinistra. 1 Jahr. Mutter an Phthise gestorb. Ausser erfrorn. Füssen mit Abscessbildung soll das Kind noch keine Krankheit gehabt haben. Kommt mit 2 offenen Fist. am Aussenrand des linken Femur ins Spital, wo dieselben zuerst erweitert und antiseptisch behand. werden.	Sehr kleines, im Wachsthum zurückgebliebenes abgemagertes, anämisch. Kind. Am link. Bein deutliche Verkürzung. Spina ant. sup. bis Patellamitte L. 15, R. 19 ctm. Bein steht in Flexion, Adduction und Innenrotation, ist am Becken ganz fest fixirt. Neben den beiden Fisteln bildet sich eine deutlich fluctuirende Hervorwölbung aus an der Aussenfläche des Femur. Temp. Abends 39,5.	9. März 1888. Kopf, Hals, Troch. mj. bis Troch. minor. Schnitt nach v. Langenbeck.

Phatologischer Befund bei der Operation.	**Verlauf** nach der **Operation** bis zur **Entlassung** und zum **Tode.**	**Datum** des Todes.	**Ursache d. Todes** und **Sectionsbefund.**
Incision ergibt viel dicken käsigen Eiter, die Sonde kommt auf weithin zerstörten rauhen Knochen bis ans Gelenk. Kopf stark zerstört, spitz zulaufend, etwas nach hinten oben gerückt und mit käsig fungösen Massen bedeckt. Im Kopf selbst kein Sequester. Pfanne selbst nicht perforirt, jedoch so dünn, dass mit Leichtigkeit eine 5 Markstückgrosse Stelle mit dem Finger eingedrückt hätte werden können. Hals und Troch. mj. ganz rauh.	$^1/_2$2 Uhr Nachmittags kleiner Puls, 160 Schläge, starkes Erbrechen, Unruhe. $^1/_2$10 Uhr Abend ohne Puls, enorm rascher Verfall, Pupillengrösse sehr verschieden, $^1/_2$11 Uhr Erweiterung derselben ad maximum und Exitus letalis.	13. Febr. 1888.	Sectionsprokoll fehlt.
Abscesshöhle geht direct auf den Femurkopf, an dessen vorderer Fläche ein eiförmiger Defect sich befindet. Kopf wird mit dem geknöpften Scalpell abgetragen. Knorpel in der Pfanne verdächtig aussehend mit dem scharfen Löffel ausgekratzt.	Heilverlauf war ein sehr schneller, ohne besondere Secretion und ganz ohne Fieber. 2. Januar 1888. Bewegungen im Gelenk schmerzlos. 17. Januar. Gehversuche bei 2 ctm. Verkürzung, mit einer Krücke. 4. Feb. Wunde ganz geschl. Am Stock ganz gut gehend, entlassen. Wunde blieb bis zum Tode geschlossen.	7. Juli 1888.	Nach Aussage des behandelnd. Arztes gestorben an Hirnlähmung. Section nicht gemacht.
Die Incision des Abscesses führte auf ganz rauhen Knochen, Kapsel total zerstört, Kopf sehr klein und mit typischen Tuberkelmassen besetzt. Knorpel nicht mehr vorhanden, keine Perforation. Femur makroskopisch erkrankt bis unter den Troch. min. Auskratzung fungöser Granulationen in Menge.	Schlechte Neigung zum Heilen; starke Secretion, Abendtemp. 39—39,5. Recidiv! Am 11. Mai. Exarticulation der Hüfte, starke Blutung, collabirend 5 Stunden post oper. Mors.	11. Mai 1888.	Kein Sectionsbericht.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resection.	Datum. Entfern. Teile Schnittführung.
28	B. F. aus G. 14 Jahr, 9. Februar 1888.	Coxitis sinistra $^1/_2$ Jahr. Stammt aus gesunder Familie, und will keine Kinderkrankheiten durchgemacht haben. Im October 1887 bekam sie ohne jede Veranlassung plötzlich Schmerzen in dem linken Hüftgelenk, konnte jedoch noch gehen bis Anfang 1888. Nach und nach stellte sich der Fuss und das ganze Bein in abnorme Stellung Fieber und Husten nicht vorhanden, im Spital wurde sie mit Gipshanfschiene und Extensionsverband behandelt.	Anämisches, mageres im Wachsthum zurückgebliebenes Mädchen. Linke Unterextremität im Knie und Hüftgelenk fast spitzwinkelig gebeugt; adducirt, Troch. mj. 3 cm. über Roser-Nélaton'scher Linie. Gegend des Troch. mj. leicht geschwellt, zwischen ihm und Spina ant. sub. deutliche Fluctuation, Druck und passive Bewegung ungemein schmerzhaft Puls 100, Temper. 38,3°.	21. Juni 1888 Kopf. Hals und ein Teil v. Troch mj Schnitt nach v. Langenbec
29	E. K, aus W. 53 Jahr alt. 27. Februar 1889.	Coxitis dextra 1 Jahr. Jst hereditär nicht belastet war immer gesund, bis vor 1 Jahr, wo etwa haselnussgross. Geschwulst unter dem Poupartischen Band sich zeigte. Diese verschwand wieder. Vor 11 Wochen zeigte sie sich wieder, wurde sehr rasch grösser, und zwang ihn zu Bett zu liegen. Auf ärztlichen Rath machte er warme Breiumschläge. Da dieses zu keiner Besserung führt, geht er ins Spital, wo ihm an der Glutaealfalte rasch nach einander zwei Abszesse eröffnet werden müssen.	Magerer Mann mit gelber Hautfarbe, ohne Panniculadip. Linker oberer Lungenlappen zeigt absolute Dämpfung. Rechts Rasselgeräusch. Unter dem rechten Ligam. Poup. bis an die Spitze des Trig. Scarp. Tumor mit abhebbarer Haut. Heftige Schmerzen bei allen Bewegungen im rechten Hüftgelenk, leichte Lendenlordose Gehen, selbst Sitzen unmöglich, neben den beiden Fisteln bildet sich noch ein neuer Abszess.	4. April 188 Kopf u. Ha bis zur Spit des Troch. m Schnitt nac v. Langenbe

Pathologischer Befund bei der Operation.	**Verlauf** nach der **Operation** bis zur **Entlassung** und zum **Tode**.	**Datum** des Todes.	**Ursache d. Todes** und **Sectionsbefund.**
ncision ergab dicken, fast röckeligen Eiter, hineinreich. bis zum Caput femoris. Caput zerfressen, am Hals kleine Defecte, Kapsel zerstört.	Nach der Resection stark beschleunigter Puls 154. Erbrechen. 2 Uhr Nacht trotz Camphor u. Aether Exit. let.	22. Juni 1888.	Die Section ergab Collaps, der von der Operation herrührte.
Der Abscess unter dem Lig. Poupartii communicirt mit den Fisteln am Anus, das Gelenk umfassend; Kapsel ist fast ganz zerstört, Lig. teres nicht mehr vorhanden, Femurkopf ad minimum eingeschmolzen. Pfannenknorpel teilweise zerstört, Pfannengrund rauh.	Rasche Erholung nach der Operation, Wundheilung glatt, ohne besondere Fiebertemp. bis zum 5. Mai, wo Abends Fieber eintrat. Vom 21. Mai ab ständig Fiebertemperaturen von 39—40° bis zum Exit. let.	31. Mai 1888.	Phtis. pulm. Miliartuberculose.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resektion.	Datum. Entfern. Teil d. Schnittführung
30	A. H. aus S. 9 Jahr 6. März 1889.	Coxitis dextra. 1/4 Jahr. Eltern sind beide gesund, hatte früher die Masern. Seit Dezember 1888 beginnt Patientin zu hinken, und das rechte Bein nachzuziehen, ohne einen Grund hiefür angeben zu können. Später klagte sie über Schmerzen im rechten Hüftgelenk. Vor 3 Wochen bemerkte die Mutter eine Verlängerung des rechten Beines. Einreibungen mit Salbe waren erfolglos. Im Spital wird sie mit Gipshanfschiene und Extensionsverband behandelt. Temp. steigt von Tag zu Tag und erreicht am Operationstag 39,8.	Schwaches, mageres, kleines und anämisches Mädchen. Percussion und Auscultation der Brustorgane bleibt negativ. In der Inquinalgegend rechts deutliche Drüsenschwellung. Rechter Oberschenkel flectirt, innen rotirt und adducirt. Die Fixation im Becken ist eine ganz feste. Lendenwirbellordose. An der vorderen Seite des recht. Oberschenkel am äuss. Rand des Sartorius mitten am Oberschenkel grosser Abscess.	28. Mai 188 Kopf. Schnitt nach v. Langenbec
31	F. K. aus W. 4 1/2 Jahr. 18. Juni 1888.	Coxitis sinistra. 2 Jahr. Mutter starb an Phthise, Bruder und 4 Schwestern theils an Skrofulose, teils an Tuberculose. Fiel von einer Treppe hinunter mit 2 1/2 Jahren, brach den lk. Unterschenkel und klagte nach Heilung des Beinbruchs über Schmerz im Knie- und Hüftgelenk der link. Seite. Vor einem halb. Jahr brach oberhalb des Troch. mj. ein Abscess spontan auf, der sehr stark secernirte und sich bald wieder schloss.	Elendes schwaches, abgemagertes Kind. Beiderseits Lungenspitzendämpfung. Linkes Bein im Knie stark flectirt, im Becken fixirt, adducirt und nach innen rotirt. Bewegungen weder activ noch passiv möglich. Lordose der Lendenwirbelsäule ziemlich beträchtlich. Troch. mj. 2 ctm. über der Roser-Nélaton'schen Linie am Os ilei fixirt.	24. Aug. 188 Kopf. 3 gr. Seque Schnitt nac v. Langenbec

Phatologischer Befund bei der Operation.	**Verlauf** nach der **Operation** bis zur **Entlassung** und zum **Tode.**	**Datum** des Todes.	**Ursache d. Todes** und **Sectionsbefund.**
Der Abscess steht mit dem Knochen in Verbindung, der sich rauh durchfühlen lässt. Kapsel wird theilweise, Lig. teres ganz zerstört, gefunden. Der Knorpelüberzug d. Kopfes ist nicht überall eingeschmolzen.	Eminent starke Secretion, so dass manchen Tag 2 Mal Verbandwechsel nöthig ist. Dabei ist hohes Fieber ständig. Da das Secret sehr übelriechend wurde und die Temp. so hoch blieben, entschloss man sich zur II. Operation. 23. Januar 1890. Hiebei wurde der Femur in der Diaphysenlinie abgesägt, der Knochen sehr weich gefunden und die mit Massen von Granulationen ausgefüllte stark destruirte Gelenkpfanne ausgekratzt. Starke Blutung. Es wurde sodann ein neuer Abscess an der rechten Beckenschaufel eröffnet nach Ablösung der Muskeln vom vorderen Teil der Crist. ilei. Tamponade. Patient erholte sich von dem grossen Blutverluste überhaupt nicht mehr und starb unter Collapserscheinungen.	23. Januar 1890.	Sectionsbefund fehlt.
Aus dem Gelenk entleert sich bei der Incision reichlich Eiter Kopf fast ganz zerstört. In der Pfanne entsprechend der Yförm. Vereinigung der Beckenknoch. drei Sequester. Gelenkkapsel von fungösen Massen durchsetzt. Pfannenauskratzung.	Heilung erfolgte ohne Fieber. Erster Verbandwechsel nach 14 Tagen. Nach 28 Tagen war die Operationswunde vollständig geschlossen. Am 15. Sep. erste Gehversuche, Entlassen am 15. Okt. völlig geheilt, gehend mit Beckensenkung, Beugung des rechten Kniegelenks, auftretend auf ganzer Sohle. Im Jahre 1888 gegen den Winter zu, brach, nach 4jähr. völligem Schluss die Narbe wieder auf, secernirte sehr stark und heilte nicht mehr zu, trotz Auskratzung mit dem scharfen Löffel, bis zum Tode.	20. Sept. 1889.	Amyloiddegeneration der Unterleibsorgane. Phthisis der rechten Lungenspitze.

Lebende.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resection.	Datum. Entfern. Teil. Schnittführung.
32	A. G. aus U. 8 Jahr. 29. Mai 1880.	Coxitis dextra. Keine Kinderkrankheit. Familie völlig gesund. Seit 6 Monaten Schmerzen. Eintritt ins Spital, wo 2 Monate lang Extensionsverband getragen wird. Ursache kann nicht nachgewiesen werden.	Gesunder kräftiger Junge, Aussenrotation, Abduktion wenig Flexion. Starke Schwellung der Inquinaldrüsen. In der Fossa subinquinalis eine gänseeigrosse fluctuirende Geschwulst. Druck auf Trochand. mj. sehr schmerzhaft. Bewegung stark gehemmt. Troch. steht 1 ctm. über Roser-Nélaton'scher Linie.	3. Juli 1880 Kapsel und Hals nach v. Langenbeck.
33	G. W. aus G. 7 Jahr. 30. August 1881.	Coxitis sinistra. Keine Kinderkrankheiten. Völlig gesunde Familie. Keine nachweisbare Ursache. Vor 4 Jahren Beginn des Leidens mit Schmerz im Hüft- und Kniegelenk. In einer orthopädischen Anstalt bekam Patient einen Apparat mit dem er herumgehen konnte. Frühling 1881 zeigte sich ein ziemlich grosser Abscess zwischen Haut und Fascie. Incision, später Auskratzung. September im Juliusspital erneute Auskratzung, Extensionsverband. Oktob. wird eine deutlich fluctuirende Geschwulst über dem Troch. mj. eröffnet; Dezember ungeheuere Schmerzhaftigkeit und Schwellung am Scarpa'schen Dreieck.	Gut aussehender, kräftiger Knabe. In der Narcose entleert ein etwas kräftiger Druck auf das Sc. Dreieck ziemlich viel Eiter aus der Fistel des Troch. mj. Bewegungsfähigkeit bedeutend herabgesetzt. Adduction und Innenrotation.	22. Dez. 1881 Kopf, Hals. Troch. mj. Pfannenrand nach v. Langenbeck.
34	A. M. aus T. 12 Jahr. 5. September 1881.	Coxitis dextra; Familie ganz gesund. Im Jahre 1879 hatte Patient Diphtheritis. 1880 zeigte sich eine Geschwulst am Oberschenkel, die mit warmen Breiumschlägen zum Aufbrechen gebracht wurde und viel Eiter entleerte. Starke Secretion. Juli 1881 war die Wunde vernarbt, das Bein fest in Beugestellung fixirt. Zur Correction wurde ihm ein Streckverband angelegt, 1883 zwei neue Abscesse eröffnet.	Schwacher anämischer, sehr abgemagerter Knabe. Urin eiweissfrei. Rechtes Hüftgelenk in stumpfwinkeliger Beugestellung fixirt, nach innen rotirt und adducirt. Troch. mj. 5 ctm. über der Roser-Nélaton'schen Linie, bei Druck ungemein schmerzhaft. Lordose der Lendenwirbelsäule. Rechte Glutaealgegend stark angeschwollen. 2 stark secernierende Fist. an der ht. Oberschenkelfläch.	3. Aug. 1883. Kapsel, Kopf, Hals und ein Theil d Troch. mj. nach v. Langenbeck.

Pathologischer Befund bei der Operation.	Heil-Verlauf bis zur Entlassung	Heil-Verlauf nach der Entlassung	Untersuch. Datum.
ehr grosse Massen dicken, isigen Eiters im Gelenk. nochenrauhigkeit bis zum rochanter mj., Knorpelüber- ug des Kopfes fast völlig ge- löst.	Fieber anfangs nicht un- bedeutend, sehr starke Secretion. Allmählich Besserung. Am 20. Okt. Gehversuche. Am 1. Jan. 1881 Entlassung an einem Stocke gehend mit völlig verheilter Wunde ohne Fistel.	Die Narbe blieb geschl. so, lange er in seiner Heimats- gemeinde weilte.	Eine Unter- suchung war nicht mögl., da der Auf- enthaltsort des G. in Ul- stadt nicht zu erfahren war.
Weit ausgedehnte Eiterung; roch. mj. fand sich so weich, ass er leicht mit dem ge- nöpften Messer durchschnitten erden konnte, ebenso Hals nd Kopf. Die Lösung des Kopfes aus der Pfanne wegen er Weichheit sehr schwierig. Rotationsbewegung des Kopfes ohne Luxation desselben im Gelenk möglich. Epiphysentren- nung. Pfannenrand erkrankt, wird abgetragen. Pfannengrund ausgeschabt.	Nicht ganz fieberfreie Abende bei sehr starker Secretion. Am 3. Januar 1882 neue Incision am Oberschen- kel. Juli 1882 Gehver- suche. 10. Nov. 1882 Entlass- ung mit einer Fistel. Patient geht mit einer Krücke.	Die bestehende Fistel heilte bald völlig zu; Narben waren manchmal etwas schmerz- haft. Im Jahre 1885 musste der Hausarzt einen neuen, ziemlich bedeutenden Ab- scess am Oberschenkel er- öffnen, der später noch verschiedene Male ausge- kratzt werden musste. Seit 1886 kein Recidiv, keine Fisteln, Allgemeinbefinden sehr gut.	12. Juli 1890.
Alte Luxation. Femur fest mit dem Becken hinter dem Pfannen- rand verwachsen. Ausmeissel- ung nach Volkmann. Beim Versuch das Bein zu strecken erfolgt profuse Blutung aus der Arter. crural. durch eine Fist. Kopf und Hals vollständig zerstört, rauher Trochanter mj.	Hohes Fieber, profusse Eiterung. 20. Sept. Fie- berfrei. Heilung sehr langsam. 30. Sept. plötz- lich Schüttelfrost u. Auf- bruch aller Narb., prof. Eitg. 20. Dez. Entlss. auf Wunsch d. Eltern, offene Fisteln stark secern.	Bis heute sind immer noch 5 offene Fisteln vorhanden, die stark secerniren. Im Jahre 1887 wurde ein neuer Abscess an der oberen Oberschenkelfläche, Spitze des Scarpa'schen Dreiecks eröffnet, der wenig Secret liefert.	3. Aug. 1890.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resektion.	Datum. Entfern. Te… Schnittführ… ung
35	A. H. aus R. 7 Jahr. 8. Januar 1882.	Coxitis dextra. Durch Fall vor $^1/_2$ Jahr. Luxation des rechten Hüftgelenks, welche nicht sofort reponirt wurde. Nach 6 Wochen entstand ein Abscess, der spontan sich öffnete. An Kinderkrankheiten hatte Patientin nur die rothen Flecken vor 3 Jahren. Eltern und Geschwister sind gesund. 3 Monate lang Extensionsverband.	Krankengeschichte fehlt. Nach Aussage der Patient. soll das Bein in Adductions- und Innenrotationsstellung bei der Operation gestanden haben.	10. April 188… Kopf u. Ha… v. Langenbe…
36	R. F. aus G. 4 Jahr. 6. Dez. 1882.	Coxitis sinistra, nach einem Fall vor $^1/_2$ Jahr, Familie ist ganz gesund. Vor dem Eintritt wurde sie mit Salben und Extension behandelt.	Krankengeschichte fehlt. Nach ihrer Aussage wurde Patientin mit einer Fistel in elendem Zustand ins Spital gebracht, das Bein stand in Abduction- und Innenrotationsstellung.	22. Dezembe… 1882. Kopf. v. Langenbeck
37	K. J. aus S. 9 Jahr. 15. Mai 1883.	Coxits dextra nach Fall. Patient hat Masern und Scharlach gehabt und war immer etwas schwächlich gewesen. Mutter gesund; Gleich nach d. Fall konnte Patient die Treppe noch hinauf laufen, später war Gehen unmöglich; seit vier Monaten Salben und Extension. Am 1. Juni wird eine sich rasch vergrössernde deutlich fluctuirende Geschwulst an der rechten Jnquinalgegend eröffnet. Starke Eiterung bis auf Knochen. Sondirung ergibt rauhen Knochen.	Schwacher Knabe, ohne Fettpolster, anämisches Aussehen. Flexion, Adduction und Innenrotation. Bewegung weder aktiv noch passiv möglich. Ausgeprägte Lordose der Lendenwirbelsäule.	27. Juni 1883 Kopf. v. Langenbeck

Phatologischer Befund bei der Operation.	Heil-Verlauf bis zur Entlassung	Heil-Verlauf nach der Entlassung	Untersuch.-Datum.
Fehlt!	Heilverlauf soll sehr schnell und fieberfrei gewesen sein. Entlassung am 25. Aug. 1882 mit völlig verheilter Wunde; keine Fist.	1. April 1890. Patientin konnte ohne Stock sehr gut gehen, auch war ihr Allgemeinbefinden ein sehr gutes, bis vor $^3/_4$ Jahren ein Recidiv eintrat, gekennzeich. durch rasche Ermüdg. der recht. Unterextr. Schmerz, starke Röthung, Fistelbildg. Patientin musste zur Fortbewegung erst einer, dann zweier Krücken bedienen. In letzter Zeit konnte sie überhaupt nicht mehr gehen. Aerztlicherseits Salbenbehandlung. Wiedereintritt 14. April 1890. Operation 2. Mai 1890. Pathologischer Befund: Troch. mj. durchlöchert von einem 3mm. grossen Canal, der zur früheren Gelenkpfanne führt. Subperiostale Trochanterresection. 19. Juni. Fistelexcision und Entfernung einiger Knochenlamellen, Periost wird entfernt. Am 28. Juli geheilt entlassen.	15. Sept. 1890.
Fehlt!	Nach Verlauf von vier Monaten wurde Patient, mit einer Fistel, die mässig secernirte entlassen. Ende April 1883.	Die Fistel secernirte nach ihrem Austritt immer weniger, schloss sich 1884, und blieb geschlossen bis heute. Allgemeinbefinden recht gut.	20. Sept. 1890.
Starke Eiterung um das Gelenk herum. Kopf atrophisch in die Länge gezogen. Pfanne intact.	Heilung geht sehr langsam und unter hohem Fieber von statten. Secretion sehr stark. Wird noch nicht fieberfrei am 20. März 1884 auf seinen Wunsch entlassen mit einer mässig secernirenden Fistel.	Eine Fistel restirt. Patient geht am Stock.	19. Sept. 1890.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resektion.	Datum. Entfern. Teil Schnittführ ung
38	A. R. aus K. $3^1/_2$ Jahr. 28. Febr. 1884.	$1^1/_2$ Jahr. Coxitis sinistra ohne nachweisbare Ursache. Mutter des R. leidet an Ascites u. Tuberkulose der Handwurzelknochen (rechts). Patient wird wegen bedeut. Schmerzen, Functionsunfähigkeit, starker Schwellung des linken Beines ins Spital aufgenommen Extensionsverband.	Schwacher schlecht genährter Knabe. Abduction und Aussenrotation, $1^1/_2$ ctm. Verlängerung der linken Unterextremität. Druck ungemein schmerzhaft. Aktive Bewegung unmöglich. Passive sehr gering.	14. Mai 188 Kapsel, Kop v. Langenbec
39	E. W. aus O. 7 Jahr. 12 Mai 1884.	$^1/_2$ Jahr. Coxitis sinistra, infolge von metastatischen Osteomyelit. spontanea femoris sin. entstanden durch einen Fall der rechten Tibia gegen einen Schlitten im Decemb. 1883. Gesunde Familie.	Sehr mageres, anämisches Mädchen. Rechter Unterschenkel zeigt verschiedene Fisteln. Linker Oberschenkel adducirt, flektirt, innen rotirt. An beiden Seiten Pes equinus und atrophische Muskulatur. Trochanter major 2 ctm. über der Roser-Nélatonschen Linie, bei Druck sehr schmerzhaft. Aktive Bewegung unmöglich, passive gering, schmerzhaft, rauhes Reiben dabei. Urin eiweisshalt., 38° Abendtemperatur.	23. Mai 188 Kopf, Hals. Troch. mj. bis z. Epiphys v. Langenbec
40	C. O. aus D. 13 Jahr. 30. Dezember 1884.	Coxitis sinistra nach einem Fall. Patient hatte Masern und Diphtheritis vor 4 Jahr. Eltern gesund. Am 8. Okt. 1884 plötzliches Unwohlsein, Schüttelfrost, Erbrech., Fieb. 40°. Schmerzen im Hüftgelenk. Nach einigen Tagen zeigte sich eine rasch sich vergrössernde Geschwulst, die vom behandelnden Arzt nach 14 Tagen incidirt wurde. Extensionsverband.	Blasser, magerer Knabe Luxation des Femur nach hinten u. oben; Abduction Aussenrotation. Diffuse Schwellung, Leistenfurche verschwunden, vergrösserte, strangförmig angeordnete Drüsen bis $1^1/_2$ cm. über dem Lig. Poup. Linke Unterextr. um $3^1/_2$ cm. verkürzt, am Becken fixirt., Active Bewegung unmöglich. Lendens. Lordose Troch. mj. steht 2 cm. über d. Roser-Nélatonschen Linie. Incisionsnarbe secernirt sehr stark.	14. Jan. 188 Kapsel, Kop Hals. v. Langenbec

athologischer Befund bei der Operation.	Heil-Verlauf bis zur Entlassung	Heil-Verlauf nach der Entlassung	Untersuch. Datum.
psel zum Teil zerstört. Rauhe llen an der Pfanne, Caput oris mit Granulationen be- zt. Viel käsiger Eiter im Gelenk.	Die Heilung erfolgte ohne Fieber, ziemlich rasch. Entlassung 1. Sept. 1885.	Nach der Entlassung will sich Pat. sehr rasch erholt haben, bis nach einem Jahr plötzlich am unteren Ende des Langenbeck'schen Schnittes eine Fistel aufbrach viel Eiter entleerte u. spontan wieder verheilte. Sie soll jedes Jahr im Frühling wiedergekehrt u. dann von selbst wieder verheilt sein. Z. Zeit besteht keine Fistel.	I. 20. Jan. 1891 II. Mai 1892. Bei einer Untersuch. war wieder eine Fistel aufgebroch., die aber sehr wenig secernirt.
pontane Epiphysentrennung. iput femoris ist eine $2^1/_2$ cm. Diameter enthaltende Kugel, norpelfläche rauh und einge- kerbt. uberkelbacillen nachgewiesen.	Ohne hohe Temperaturen rasche Heilung. Entlassung am 15. Sept. ohne Fisteln an einer Krücke gehend.	Blieb völlig gesund nach der Entlassung.	16. Juli 1891.
chenkelkopf vom Knorpel ent- lösst und zerstört, Pfanne ist rei, nur einige früher dem Kopf angehörende Knorpelreste erden mit dem scharfen Löf- fel ausgekratzt.	Krankengeschichte fehlt. Entlassen im Juli 1885.	Nach der Entlassung brach eine neue Fistel 1 cm. unter der Spin. ant. sup. auf, die spontan wieder heilte; Januar 1888 eine zweite an der Spitze des Scarpa'schen Dreiecks, die mehreremal incidirt und ausgekrazt wurde bis sie heilte. Jetzt sind zwei kleine Fisteln direct neben den Narben, der erst nach der Entlassung aufgebrochenen Fisteln vorhanden, die wenig secerniren.	2. Okt. 1890.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resection.	Datum Entfern. T Schnittführung.
41	G. S. aus H. 17 Jahr. 11. Juli 1885.	Coxitis dextra et sinistra in Folge von Gelenkrheumatismus. entstanden durch einen Fall ins Wasser im Winter 1883. 1883—1884 lag Patient beständig zu Bett. Vater starb an Phthisis pulmon.	Kleiner mässig genährter muskulöser Jüngling, bewegt sich mit 2 Krücken fort. Rechte Unterextr. absolut fest mit dem Becken verwachsen, abducirt, in einem Winkel von 45°. Bewegungsfähigkeit des Kniegelenks fast normal, Aussenrotation. Links dieselben Verhältnisse nur dass hier das Kniegelenk ebenfalls in seiner Bewegungsfähigkeit beeinträchtigt ist. Im rechten Muscul. adductus longus eine knöcherne Spange.	Resect. de coxae. 14. Juli 1 Pfannenra u. Kopf Epiphyse v. Langenb Resect. s cox. 10. Nov. 1 Kopf bis 4 unter de Troch. m v. Langenb
42	K. K. aus G. 22 Jahr. 20. August 1885.	$^1/_2$ Jahr Coxitis dextr. ohne nachweisbare Ursache. Vater d. Pat. starb an Phtis. pulmon. Pat. hatte Pneumonie und leidet zeitweilig an epileptiformen Anfällen. Extensionsverband.	Kräftiges gesund aussehendes Mädchen. Verkürzung der rechten Unterextrem. 4 cm. Flection im Knie- und Hüftgelenk; geringe Adduction u. Innenrot. Schmerz beim Betasten. Fluctuation nirgends nachweisbar.	30. Jan. 1 Kopf u Hals v. Langenb
43	J. G. aus W. 18 Jahr. 14. Juli 1886.	Coxitis sinist. recidiv. Vater starb sehr frühzeitig, doch konnte die Todesursache nicht genau angegeben werden. Vor 4 Jahren überstand Pat. eine Coxitis sin. die ohne jegliche Behandlung unter sehr starker Eiterung in Bewegung, Abduction und Aussenrotation heilte. G. erinnert sich, damals, als er zum ersten Male Coxitis hatte, von einem Wagen, während der Ernte gefallen zu sein.	Gut aussehender Jüngling. Becken nach der kranken Seite gesenkt, compensatorische Skoliose der Lendenwirbelsäule. Oberflächliche Hauttuberkulose am Oberschenkel, die aber nicht bis auf die Fascia lata geht. Starke Eiterung aus der wiederaufgebrochenen Narbe.	21. Juli 18 Kapsel, K Stück vo Troch. ma Schnitt na v. Langenb

Pathologischer Befund bei der Operation.	Heil-Verlauf bis zur Entlassung	Heil-Verlauf nach der Entlassung	Untersuch. Datum.
Vollständige Ankylose. Keilresection nach v. Volkmann. Ausmeisselung des Kopfes aus der Pfanne. Abtragung eines Teils des Pfannenrandes. Auf beiden Seiten elfenbeinharte Knochen.	Coxa dextra, erster Verband lag 4 Wochen, Verlauf völlig afebril. Nach 6 Wochen erste Gehübungen. Bewegungen aktiv mässig wenig schmerzhaft. Flexion, Ab- und Adducktion, Innen- und Aussenrotation möglich. Cox. sinist. 39—40° Ab.-	Patient S. blieb nach der Entlassung völlig gesund.	9. Juli 1890.
Temp. oftmaliger Verbandwechsel wegen starker Secretion. Mitte April 1886 kann Patient bereits 2 Treppen hoch steigen und wird völlig geheilt 1. Mai 1886 entlassen.			
Nirgend Eiter. An der vord. Fläche des Schenkelhalses spärlich fungöse Granulutionen, ebenso auf der Kapselwand Lig. teres fungös verdickt.	Afebriler Verlauf in den ersten 3 Wochen. Plötzlich bekam dann Patient Urticaria und eine Fistel. Entlassen unbeholfen an einem Stock gehend. 8. Mai 1886 mit verheilter Fistel.	Weder Narbe noch Fistel brachen je wieder auf, und fühlte sich K. K. recht wohl, abgesehen von bedeutenden Schmerzen im rechten Hüftglenk bei raschem Witterungswechsel.	2. März 1891.
Femurkopf und Kapsel fast völlig zerstört. Hals in der Pfanne festsitzend durch synostotische Verbindung. Knorpel zerstört.	Ohne besondere Temperaturerhöhung heilt die Wunde rasch zu. Später wird Massage u. Electricität angewendet. Ohne zu hinken geht Patient an einem Stock bei seiner Entlassung am 29. Oktob. 1886.	Narbe brach nie wieder auf.	10. Nov. 1890.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resection.	Datum. Entfern. T Schnittfüh ung.
44	J. R. aus Z. 25 Jahr, Schuster. 22. Januar 1887.	Coxitis sinistra. R. ist seit seinem 14. Jahre krank. Zuerst hatte er Stechen im Rücken, Entzündung des VI. und VIII. Halswirbels. Affektion des recht. Schultergelenks. Sommer 1883 begannen krampfhafte Schmerzen der link. Unterextremität aufzutreten und allmählich unsicheres Gehen, Beugestellung, Abnahme der Muskulatur. Extensionsverband. Seit 1885 geht R. mit Krücken. Gesunde Familie.	Anämischer Mann. Haut an Brust und Bauch mit Pityriasis versicolor bedeckt. Kopfhaltung steif. Nick- und Drehbewegung desselben unmöglich. Proc. spin. des III. Halswirbels stark prominirend. Per os ist genaue Untersuchung unmöglich, weil die Zahnreihen nur 2 ctm. auseinandergehen. Hals in toto etwas verkürzt. In aufrechter Stellung bildet der Oberkörper zu der Unter-Extrem. einen von 120—130°. Stützt sich auf das untere Drittel des Oberschenkels beim Gehen ohne Krücken. Muskulatur des Oberschenkels in leichtem Spasmus. Wadenmuskulatur schlecht entwickelt. Beckenfixation des Oberschenkels. Doch ist das Hüftgelenk schmerzfrei. Trochanterstand normal. Verkürzung ca. 1 ctm. Adduction. Innenrotation. Schwellung mehrerer Inquinaldrüsen und einer Supraclaviculardrüse der linken Seite.	15. Feb. 18 Kopf, Hal und Trocha mj. Pfanne ausmeissel v. Langenbe
45	B. B. aus E. 7 Jahr. 15. März 1887.	Coxitis sinistra ohne nachweisbare Ursache. Stammt aus gesunder Familie. Sommer 1886 bekam Patientin einen grossen Abscess an der Hinterfläche des rechten Oberschenkels, der ausgekratzt zur Heilung gelangt. Im Dezemb. schwoll das linke Hüftgelenk ohne besonders grosse Schmerzen so stark an, dass Patientin nicht mehr laufen konnte. Mit dem spontanen Aufbruch der Geschwulst wurde eine Verkürzung der linken Unterextremität deutlich. Extensionsverband.	Stark abgemagertes, elend aussehendes Mädchen. Bedeutende Verkürzung, Adduction u. Innenrotation der l. Unterextremität. Patella links $6^1/_2$ ctm. höher als rechts. Hüftgelenkfixation. Stark eiternde Fistel zwisch. Troch. mj. und Tuber ischii.	5. Mai 1887 Kopf.

hatologischer Befund bei der Operation.	Heil-Verlauf bis zur Entlassung	Heil-Verlauf nach der Entlassung	Untersuch.-Datum.
Wenig Eiter im Gelenk. opf Hals und Troch. mj. sehr rdickt und teilweise zerstört von Granulationen.	Wenig erhöhte Temperaturen, sehr beschleunigter Puls, heftige Schmerzen. Da Patient nur flüssige Nahrung zu sich nehmen kann, Abmagerung. Starke Secretion. Bein leicht abducirt. 6. April auf Wunsch ungeheilt entlassen.	Ist nicht aufzufinden.	—
Kopf zum Teil zerstört, und ynostotisch mit der Pfanne verwachsen. Pfannengrund intact.	Fieber. Heilung ziemlich gut. 2. Juli Fisteln fast geschlossen, keine Eitersecretion. Masern. Entlassen am 17. Dez. 1887 mit einer Fistel.	Fistel schloss sich sehr bald und brach nie wieder auf.	5. Aug. 1890.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resektion.	Datum. Entfern. T Schnittführ ung.
46	H. K. aus E. 15 Jahr. 16. März 1887.	Coxitis sinistra ohne nachweisb. Ursache. Ges. Famil. Hatte als Kind rothe Flecken. Erste Schmerzen Weihnachten 1886 an der linken Gesässgegend. Schröpfköpfe. Gehen unmöglich. Geschwulst im Scarpa'schen Dreieck. Extensionsverband.	Magerer, anämischer Junge. Aussenrotation, Abduction des Oberschenkels. Starke Ausfüllung der l. fossa inquinalis bis ins Becken und obere $^1/_3$ des Oberschenkels. Haut roth glänz. Fluctuation lateral von den grossen Gefässen.	6. April 18 Kapsel, K bis zur E physe. — v. Langenb mit vorher gangener cision der schwulst la ral von gross. Gefä
47	O. H. aus S. 6 Jahr. 7. September 1887.	Coxitis sinistra ohne nachweisbare Ursache. Eine Schwester starb an Phthise, ebenso ein Onkel mit dem er u. seine † Schwester in einem Zimmer schliefen; die anderen Geschwister, die Eltern und sonstigen Verwandten sind gesund. Vor einem halben Jahr klagte Patient plötzlich über Schmerz im linken Knie- und Hüftgelenk. Auf ärztliche Anordnung wurde ein Streckverband angelegt und da eine Besserung nicht eintrat, Patient ins Juliusspital verbracht. Gipshanfschiene und Extensionsverband; verschiedene Male Decubitus.	Blasser schwacher Knabe, Aussenrotation und Abduction, Flexion im Kniegelenk. Linke spina ant. sup. 1 cm. tiefer als rechte. Passive Bewegungen sehr schmerzhaft, ebenso Druck auf Troch. mj. und leichter Stoss auf die Sohle. Unter dem Lig. Poup. nach der lateralen Seite des Oberschenkels lässt sich ein kl. Abscess nachweisen, ebenso unter dem Tensor fasciae latae.	10. Dez. 18 Kopf. nach v. Langenb zuvor wur die beiden A scesse inc
48	J. L. aus I. $2^1/_2$ Jahr. 18. April 1887.	Coxitis sinistra ohne Ursache. Eltern sind gesund. Seit 7 Wochen bemerkten die Eltern, dass das Kind nicht auf dem linken Fuss stehen konnte, über Schmerzen klagte und das Bein flectirte. Aerztlicherseits wird Streckverband und Verbringung des Kindes ins Juliusspital verordnet. Gipshanfschiene und Streckverb. 22. Juli Incision eines Absc. in d. Inquinalf. reichl. Eiterentlg., Sondg. führt bis auf den Schenkelhals wo ein kl. Sequester konstat. wird.	Anämisch aber gut genährtes Kind. Leichte Flexion, Adduction und Innenrotation. In der Inquinalfalte bestehend. Fistel, secernirt reichlich.	3. Sept. 18 Kapsel, Ko Hals und Trochanterto nach v. Langenbec

thologischer Befund bei der Operation.	Heil-Verlauf bis zur Entlassung	Heil-Verlauf nach der Entlassung	Untersuch.-Datum.
ine Spur von Gelenkknorpel, etabulum stark zerstört, psel fungös. Epiphysen-nnung. Ausmeisselung der Pfanne.	Leicht collabirend erholt sich Patient sehr rasch und bei völlig fieberfrei. Verlauf heilte die Fistel schon am 1. Juni völlig zu. Entlassen als ganz geheilt 17. August 1887 ohne Stütze gehend.	Weder Narbe noch Fistel brachen jemals wieder auf.	10. Juli 1890.
aput femoris atropisch befunden.	Hohes Fieber; die starke Eiterung benöthigt am 25. Mai 1888 die Erweiterung der Incisionswunde und Auskratzung	Die Fistel schloss sich nie, sondern erweiterte sich, so dass sie nunmehr 2 Markstück gross ist, entleert reichlich stinkenden Eiter. Ausser dem sind nacheinander noch 4 neue Fisteln entstanden, 2 am Tuber ischii, 1 am Anfang der v. Langenbeck'schen Resectionsnarbe, und eine in der Inquinalfalte. Alle diese Fisteln secerniren reichlich ein jauchiges stinkendes Secret. Rechte Lunge Dämpfung bis zur 3 Rippe. Allgemeinbefinden sehr schlecht.	20. Juli 1890.
r Fistelgänge. Femur ist so nahe an das Acetabum gerückt, dass ein Stück von ihm mit dem Messer cidirt werden muss. In der Tiefe stösst man auf uhen Knochen, der dem unteren Pfannenrand entricht, Auskratzung Drainage. Temperatur hält sich mer noch in sehr hohen Zahlen, bis zum 9. Juli o das Drainrohr entfernt werden konnte. Die Rectionswunde eiterte am 20. Juli noch wenig, die änder schliessen sich. 3. August auf Wunsch seiner ltern mit einer 50-Pfenigstück grossen Fistel entlassen.			
ctm. Verkürzung, Neigung zur Adductionsstellung, Bewegung beschränkt.			
opf rauh, enthält einen Sequester im Innern, der durch nen Fistelgang konstatirt wird. rochanter ist mit dem Kopf so enger Verbindung, dass r ein kleiner Schenkelhals besteht.	Ohne Fieber und fast ohne jede Secretion schliessen sich die Wundränder sehr bald. Entlassen geheilt 10. Januar 1888.	Resectionswunde blieb dauernd geschlossen. Niemals Fisteln.	20. Juli 1890.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resektion.	Datum. Entfern. Te[illegible] Schnittführung.
49	K. L. aus K. 5 Jahr. 15. Sept. 1887.	Coxitis sinistra ohne nachweisbare Ursache. Gesunde Familie. Klagte plötzlich über Schmerzen im ganzen linken Bein, die mehr und mehr zunahmen, bis das Gehen ganz unmöglich wurde, (Juni 1887.) Extensionsverband. Volkmann'scher Schlitten.	Gut genährtes Mädchen mit gutem Aussehen. Beim Gehen stützt sie sich nur aufs rechte Bein. Aussenrotation. Abduction. Flexion. Bewegung unmöglich. Scarpa'sches Dreieck verstrichen. Fluctuation nachgewiesen am Troch. mj. Sehr bedeutende Schmerzen	Kapsel, Hal[s] und Kopf, un[d] Knorpelüberzug der Pfanne. nach v. Langenbeck
50	C. F. aus H. 5 Jahr. 4. Februar 1888.	Coxitis sinistra ohne nachweisbare Ursache. Eltern sind gesund. Patientin hatte vor 1 Jahr Masern. Die Schmerzen begannen plötzlich im Dezember 1887. Einreibungen.	Abgemagertes, anämisches Mädchen. Femur dick geschwollen. Beckenfixation. Adduction. Innenrotation. Geringe Flexion. Ueber dem Troch. mj. Fluctuation. Druck sehr schmerzhaft.	8. Feb. 1888. Kopf, u. Hals nach v. Langenbeck
51	S. H. aus G. 18 Jahr, Schneider. 1. April 1888.	Coxitis sinistra, nach Gelenkrheumatismus. Mutter starb an Phthisis pulm. Patient hatte vor 1 Jahr Lungenentzündung u. Gicht. Extensionsverband.	Blasser durchsichtig. Teint. Magerer Jüngling mit Rachitisspuren. Pes-equinusstellung. Fest im Becken fixirt. Atrophische Muskulatur. Druck auf Femurepiphyse ringsum sehr schmerzhaft. Flexion. Adduktion. Troch. mj. 5 ctm. über der Roser-Nélaton'schen Linie.	28. Juli 1885 Kopf, Hals Trochanterspitze. v. Langenbeck

...thologischer Befund bei der Operation.	Heil-Verlauf bis zur Entlassung	Heil-Verlauf nach der Entlassung	Untersuch. Datum.
...bsel zerstört. Im Kopf tu... kulöser Herd, Granulationen ...der Gelenkpfanne sehr be... trächtlich. Pfannenauskratzung.	In den erst. Tagen, wenig erhöhte Temperaturen u. wenig Secretion, später rasche Heilung ohne Fisteln. Entlassen am 15. Aug. 1888 mit $2^1/_2$ ctm. Verkürzung geringer Aussenrotation völlig verheilt.	Resectionswunde blieb geschlossen.	—
...nulationen in der Pfanne ...r ausgebreitet. Lig. teres ...stört. Knorpelüberzug zerfressen. ...pf und Hals rauhe Knochen. Pfannenauskratzung.	Hohe Temperaturen. Starke Secretion. Allmählig bildeten sich 2 Fisteln, die nicht mehr heilten bis zu ihrer Entlassung am 20. Oktober 1888. Mit Wasserglasverband entlassen.	Wiedercintritt am 26. Juni 1889. Die beiden Fisteln, die bei der Entlassung bestanden hatten, heilten zu Hause nach ca. 14 Tagen und blieben geschlossen bis zum Januar 1889 wo beide wieder aufbrachen, weil das Kind ohne Apparat herumlief. Februar Kreuzschmerzen. Bewegungsbeschränk-	26. Juli 1890.
...g. Flexions und Adductioncontractur. Verkürzung $1^1/_2$ ctm. Bei der Spalt- ...g der Fisteln tuberkulöse Granulationsherde an der Rückseite des Restes des ...henkelhalses und am hinteren unteren Rand der Gelenkpfanne. Auskratzung, ...rpshanfschiene, Gipscorsett. Im Brusttheil der Wirbelsäule Pott'sche Kyphose. ...ringe Adduction und leichte Flexion. Wunde schloss sich sehr rasch und brach ...cht mehr auf. 9. August 1890. Starke Prominenz des I. Lendenwirbels. An ...r rechten Unterextremität Flexion im Hüft- und Kniegelenk. Iliacalabscess constatirt. Bewegungen frei.			
...ls- und Trochanterspitze ...rk verdickt. Kopf synos... ...isch fest mit dem Acetabu... ...n verwachsen. Meissellös... ...ung. Acetabulum evidirt.	Fieber gering, ziemlich viel Secretion. 1. Sept Wunde glatt geheilt. 28. Sept. Entlassung.	Operationsnarbe brach seither nicht wieder auf. Allgemeinbefinden sehr gut.	Der Patient ist nicht aufzufinden.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resection.	Datum. Entfern. Te li Schnittführ ung.
52	A. R. aus M. 69 Jahr, Bauer. 24. Mai 1888.	Coxitis dextra nach Tragen eines schweren Getreidesackes beim Säen Oktob. 1887. Mutter und Schwester starben an Phthise. Geht seit 15 Jahr mit einem Stock. Plötzlich entwickelte sich in der rechten Glutaealfalte ohne Anlass eine Geschwulst, die mit Ameisenspiritus, Biesenöl und Opoldeldoc eingerieben wurde.	Mässig gut genährter Mann. Subaxillar- und Inquinaldrüsen geschwellt. Lungen emphysematös. Beckenfixat. Adduction. Innenrotation. Lendenlordose 7 ctm. Verkürzung des Beins. Troch. mj. etwa 1 ctm. über der Roser-Nélaton'schen Linie. Druck sehr schmerzhaft.	5. Juni 188 Kopf, Hals Troch. mj. bis unterhal d.Troch. min. v. Langenbec
53	K. W. aus N. 48 Jahr, Näherin. 5. August 1888.	Coxitis dextra durch einen Stoss. Gesunde Familie. Fiel im 3. Lebensjahr ein Stockwerk hoch durchs Fenster auf die Strasse und zog sich eine Luxatio femoris zu, welche nicht ärztlicherseits behandelt wurde. Infolge der zurückgeblieb. Verkürzung konnte W. nur mit den Zehenspitzen auftreten. Im Frühjahr 1887 trat nach einem Stoss bedeut. Schmerz auf u. Steifigkeit d. Beines u. Wallnuss grosse Knötchen am Tuber ischii, welche immer grösser und schmerzhafter wurden. Wegen der Unfähigkeit das Bein zu bewegen und der Schmerz. Eintritt in's Spital. Extensionsverband.	Blasse abgemagerte Person, Struma, Halslymphendrüse geschwellt. Ankylose des Hüftgelenks. Innenrotation, Flexion und Adduction. Im oberen Drittel des Femur sehr deutliche Fluctuation. Muskeln atrophisch.	16. Aug. 188 Kapsel, Kop Hals, Troc mj. bis dic über d. Troc min. Pfannen ausmeisselu Verlängerte Schnitt v. Langenbec
54	J. R. aus G. 5 Jahr. 3. Sept. 1888.	Coxitis sinistra ohne nachweisbare Ursache. Eltern u. Geschwister gesund. Winter 1887/88 starken Keuchhusten; zugleich Schmerzen im Knie, nach 6 Wochen Gehen ohne Krücke unmöglich. März Schwellung der Hüfte. Kräuter u. Fichtennadelbäd. Extensionsverband.	Sehr schwaches abgemag. Kind, Lymphdrüsen am Hals geschwellt. Flexion, Adduction, Innenrotation. Gelenkkopf auf den hinteren Pfannenrand luxirt. Bewegungen minimal. Fluctuation in der Tiefe. Druck auf Troch. mj. sehr schmerzhaft.	28. Sept. 1888. Kapsel Kopf. Hals, Knochenstk. aus der Pfanne. nach v. Langenbeck

Pathologischer Befund bei der Operation.	Heil-Verlauf bis zur Entlassung	Heil-Verlauf nach der Entlassung	Untersuch. Datum.
ig. teres usurirt. Starke fannenvertiefung, Knorpel- ucherungen. Schlifflächen, emurkopf mehr oval als sonst.	Fieberfrei ohne besondere Secretion. 25. Juli 1888 geheilt entlassen,	Operationswunde brach nicht wieder auf.	9. März 1891.
ie Incision der fluctuirenden berschenkelpartie ergibt eine terhöhle, die auf rauhen nochen führt. Kapsel zerstört, Kopf hinter der Pfanne est gewachsen, ohne Knorpelüberzug. Hals und Troch. mj. ganz zerfressen, rauh.	In der ersten Stunde nach der Operation collabirend erholt sich Pat. sehr rasch und macht sehr gute Fortschritte in der Heilung. Ohne Fieber, wenig Secretion. 2. Dez. 1888 Entlassung mit einer Fistel.	Die Fistel blieb bestehen, ohne dass sie jedoch der Patientin besondere Beschwerde macht. Ihr Allgemeinbefinden ist gut, nur ist sie ungeheuer abgemagert, infolge sehr mangelhafter Nahrung.	3. Mai 1891.
Sehr viel Eiter im Gelenk, Kopf steht auf dem hinteren Pfannenrand. Pfanne durch Ulceration stark erweit. Schenkelhals mit dem Messer sehr leicht zu durchschneiden; sehr profuse Eiterung, nach Durchschneidung des Halses viele Knorpelpartikelchen im Eiter. Kopf usurirt. Pfanne im Centrum perforirt, so dass man mit dem kleinen Finger ins kleine Becken kommen kann. Bedeutende Granulationsherde.	Hohe Abendtemperatur.; starke Eiterung. 20. Okt. Abscessbildung am unt. Drittel des Oberschenk. Incision. Auskratzung. Drainage. 28. Dezember entlassen mit einer Krücke gehend leichte Abductions- und Supinationsstellung.	Frühjahr brach eine Fistel auf am Troch. mj, die den Wiedereintritt der R. R. veranlasste am 22. Juli 1889. Incision, Auskratzung, Lösung von zwei ganz kleinen Knochenpartikelch. Drainage. 8. Okt. 1889 geheilt entlassen. Kein Wiederaufbrechen. Allgemeinbefinden sehr gut.	19. Sept. 1890.

Nr.	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resection.	Datum Entfern. Schnittführung.
55	J. P. aus S. 7 Jahr. 8. Oktober 1888.	Coxitis sinistra durch einen Fall. Eltern sind gesund. Sechs Wochen nach dem Fall klagte er über Schmerzen im Hüftgelenk, 1884, nach und nach bedeutende Schwellung, Einreibungen verminderten den Schmerz und die Schwellung, so dass er wieder gehen konnte. Bei Wiederkehr der Schmerzen Eintritt ins Spital. 1885, 15. August. Extensionsverband. Als geheilt entlassen im Dezember 1885. Sommer 1886 Verschlimmerung seines Zustandes. 1887 Gehen ohne 2 Krücken unmögl. Somm. 1888 bettläg.	Schwacher, abgemagerter Knabe. Flexion 90°, Adduction 60°. Innenrotation. Glutaealfalte völlig verstrichen. Skoliose der Lendenwirbelsäule. Sehr starke Schwellung vom Knie aufwärts bis zum Lig. Poup. Troch. mj. Rechts 1 ctm. über Roser - Nélatonscher Linie. Links 2 ctm. unter derselben Troch. mj. auf Druck sehr schmerzhaft; an demselben Fluctuation fühlbar.	12. Okt. 1[illegible] Kapsel, K[illegible] Hals, Tr[illegible] mj. Stü[illegible] Pfannenra[illegible] v. Langenb[illegible]
56	M. G. aus A. 10 Jahr. 11. November 1888.	Coxitis dextra ohne nachweisbare Ursache. Vater leidet an Diabet. mell. Eine Schwester am rechten Fuss und rechter Hand gelähmt. M. G. hatte schon mit 3 Jahren eine Hüftgelenkentzündung durchgemacht, die durch Extension heilte. Kann jetzt seit September 1887 nicht mehr gehen. Extensionsverband.	Schlecht aussehender Junge. Hüft- und Kniegelenkflexion. Adduction von 70°. Innenrotation. Beckenfixation. Glutaealfalten völlig verstrichen. Druck auf unteren Pfannenrand und Troch. mj. ungemein schmerzhaft. Keine Fluctuation.	17. Dez. 18[illegible] Kopf, Hal[illegible] Troch. mj. hinterer Pf[illegible] nenrand. nach v. Langenbe[illegible]
57	K. S. aus H. 13 Jahr. 23. April 1889.	Coxitis sinistra ohne nachweisbare Ursache. Eltern gesund, Schwester scrofulös. K. S. hatte vor 4 Jahren Typhus. November 1887 traten plötzlich Schmerzen im linken Knie- und Hüftgelenk auf. Durch Extension trat Besserung ein. Wegen des Schmerzes bei jeder Bewegung. Eintritt ins Spital. Extensionsverband.	Blasses, anämisches, mager. Mädchen. Katarrhalische Geräusche der Lunge. In Rückenlage Verlängerung der linken Unterextremität um 2 ctm. Knieflexion. Wenig Adduction und Innrotation. Bewegungen activ noch etwas möglich, aber sehr schmerzhaft. Der Schmerz ist hauptsächlich auf dem Troch. mj. localisirt. An der Spitze des Scarpa'schen Dreiecks fluctuirende Geschwulst.	18. Juni 188[illegible] Kapsel, Kop[illegible] Hals. Knorp[illegible] der Pfanne. Verlängerter Schnitt v. Langenbeck

athologischer Befund bei der Operation.	Heil-Verlauf bis zur Entlassung	Heil-Verlauf nach der Entlassung	Untersuch. Datum.
anulöse Zerstörung im Gelenk. x. teres verschwunden. Kapsel, innenrand zerstört. Kopf, ls und Troch mj. wie zer-nagt. Sehr viel Eiter im Gelenk.	Sehr starke Secretion. Wenig Fieber. Vom 10. Novemb. ab rasche Heilung. Entlassung am 23. Dez. ohne Fistel, ohne Stütze gehend.	Resectionsnarbe blieb geschlossen, keine Eistel. Allgemeinbefinden gut. Einzelne geschwollene Inquinaldrüsen.	18. Septemb. 1890.
apsel zerstört. Kopf am hint. annenrand festgewachs., muss mehreren Stücken herausgelt werden. Hals und Troch j. rauh und rissig. Ein berkulös. Herd setzt sich in n Troch. mj. fort. Kopf und fanne ohne Knorpel. Tuberkelbacillen nachgewiesen.	Wenig erhöhte Temper. und wenig Secretion. Entlassen mit Wasserglasverband am 1. März 1889.	Die noch etwas secernirende Wunde heilt rasch zu. Näheres war nicht zu erfahren. Gestorben kann G. nicht sein, weil kein Todenschein an seine Heimathbehörde gelangte. Meine Nachforschungen in Nürnberg, wohin sich G. begeben haben soll, blieben erfolglos.	—
ie Incision der fluctuirenden eschwulst lässt sehr viel iter erkennen. Sondirung ührt auf rauhen Knochen des opfes. Knochen des Halses rweicht. Bei der Heraushelung des resecirten Halses ird der Knorpelüberzug als amelle abgehoben. Die Pfannauskratzung bringt den anzen Knorpelüberzug der Pfanne zu Tage.	Wenig Secretion, wenig Fieber, schlechte Neigung zum Heilen. Wird auf Wunsch entlassen mit 2 offenen Fisteln, die nicht sonderlich stark secerniren am 22. August 1889.	Die Fisteln bestehen noch, secerniren wenig. Bewegungsfähigkeit ist gut, doch sind die Lungenerscheinungen soweit vorgeschritten, das Exitus let. in Bälde zu erwarten ist.	30. Septemb. 1890.

Nr	Name, Alter, Stand, Heimath. Eintritt ins Spital.	Anamnese und Vorbehandlung.	Status bei der Resektion.	Datum Entfern. Schnittführung.
58	M. H. aus S. $11^1/_2$ Jahr. 12. Okt. 1889.	Coxitis dextra, 6 Monat nach Scarlatina. Gesunde Familie. Schon während des Verlauf der Scarlatina klagte H. über Schmerzen im rechten Hüftgelenk, dieselben nahmen an Heftigkeit zu, und hinderten den Patienten am Gehen. Extensionsverband.	Blasser, sonst aber gut genährter Knabe. Femur ziemlich geschwollen und fluctuirend. Femur im rechten Winkel im Becken fixirt, nach innen rotirt, adducirt. Troch. mj. 4 ctm. über Roser - Nélaton'scher Linie. Active und passive Bewegungen stark eingeschränkt. Crepitation.	19. Jan 1890. Kapsel, K nach v. Langenb
59	J. Z. aus L. 20 Jahr, 29. Dezember 1888.	Coxitis sinistra. Ursache nicht nachweisbar. Eltern gesund. Beginn 1883. Seit 1885 geht Z. mit Krücke 1888/89 Aussenrotation, Flexion, Abduction. Behandlung mit Gipshanfschiene und Extension. Besserung. Entlassen am 13. April 1889. Wiedereintritt am 28. Jan. 1890. Extension und Gipshanfschiene.	Blasses Mädchen. Adduction. Innenrotation. Sehr grosse Schmerzen, besonders am Troch. mj. Ziemlich ausgeprägte Lendenlordose.	3. Feb. 1 Kopf. H 2 Seques aus d. Pfa nach v. Langenb

thologischer Befund bei der Operation.	Heil-Verlauf bis zur Entlassung	Heil-Verlauf nach der Entlassung	Untersuch.-Datum.
rke Eiterung um und in dem lenk. Kopf deformirt, Hals h. Bindegewebswucherungen. Ligam teres zerstört.	Starke Secretion. Hohe Temperaturen doch baldige Heilung. Entlassen am 25. April mit geheilter Wunde.	Die Narbe blieb dauernd geschlossen. Allgemeinbefinden sehr gut.	17. Septemb. 1890.
pf an der oberen Convexit necrotisirt. Die Necrose nfasst auch $^1/_2$ ctm. des ongiosen Teils. Knorpelverlust. us der erkrankten Pfanne erden 2 Sequester entfernt.	Ohne besondere Eiterung heilt die Wunde unter allabendlicher Temperaturerhöhung bis zum 15. April zu. Entlassen am 16. April 1890.	—	—

Von diesen 59 in den Jahren 1889—90 wegen Coxitis Operirten stammen die Meisten aus der Rhöngegend und den Mainlanden, also aus Unterfranken, dem nördlichen Teil von Baden und Württemberg, einem in Bezug auf Tuberculose übel beleumundeten Länderstrich. Zudem gehören fast alle der Land- und Arbeiterbevölkerung an, und befinden sich nur drei in etwas besseren Verhältnissen, die denselben gestatten durch gute Nahrung und Pflege einen gegen Tuberculose widerstandsfähigen Körper zu schaffen und zu erhalten.

Was das Geschlecht anbelangt, so gehören 40 = 67,8 % der Resecirten dem männlichen und

19 = 32,2 % dem weiblichen Geschlechte an.

Wenn wir alle innerhalb der Jahre 1880—90 wegen Coxitis im Würzburger Juliusspital behandelten Patienten bezüglich des Geschlechtes vergleichen, so erhalten wir ein Procentverhältniss von 61,6 % männlichen zu 38,4 % weiblichen Geschlechts.

Die Procentzahl aller Aufgenommenen übertrifft also im männlichen Geschlecht, die der weiblichen um 23,2 %, während die Procentzahl der männlichen Resecirten um 35,6 grösser ist.

Wir finden also ein ganz bedeutendes Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes.

Bachr fand in der Strassburger Klinik das Verhältniss:

61,6 % : 38,4 % bei Resecirten

61,3 % : 38,7 % bei allen Aufgenommenen;

hiebei ist also das Procentverhältniss zwischen männlichen Aufgenommenen und Resecirten fast gleich, während sich nach unserer Statistik die Zahlen 67,8 % : 32,2 % bei Resecirten und 61,6 % : 38,4 % aller Aufgenommenen finden.

Ueber das Ueberwiegen der einzelnen Lebensjahre an Coxitisfällen giebt wohl eine Tabelle des Beginnes

der Erkrankung den besten Aufschluss. Wir schliessen uns bei Aufstellung derselben der Ansicht Baehrs an, dass nicht der Eintritt ins Spital in Rechnung gezogen werden darf, sondern das Auftreten der allerersten Symptome von Gelenkentzündung.

Tabelle.

Alter in Jahren	Männer		Weiber		Total
	dextr.	sinistr.	dextr.	sinistr.	
1	—	—	—	—	0
2	—	4	—	—	4
3	1	5	—	2	8
4	—	—	1	1	2
5	—	1	—	2	3
6	1	—	1	2	4
7	1	1	—	—	2
8	1	—	1	—	2
9	2	—	1	—	3
10	—	—	1	—	1
11—20	6	9	1	4	20
21—30	1	1	1	—	3
31—40	1	—	1	—	2
41—70	3	—	1	—	4
	17	21	9	11	58

Beizufügen ist noch ein Fall von doppelseitiger Coxitis, welche in die Jahre 11—20 einzureihen wäre, aber nicht aufgeführt wurde, weil die Coxitis nach einem Fall ins Wasser gleich doppelseitig auftrat.

Von diesen 59 Resecirten kommen

29 = 49,1 % auf das Alter vom 1—10 Jahr,

von diesen 29 gehören

17 = 58,6 % dem männlichen
12 = 41,4 % dem weiblichen Geschlechte an.

21 = 35,5 % auf das Alter von 11—20 Jahren

von diesen 21 gehören
16 = 76,2 % dem männlichen
5 = 23,8 % dem weiblichen Geschlecht an.

9 = 15,4 % auf das Alter über 20 Jahren

von diesen 9 gehören
6 = 66,6 % dem männlichen
3 = 33,3 % dem weiblichen Geschlecht an.

Am deutlichsten tritt das Uebergewicht der männlichen Erkrankten über die weiblichen im 11.—20. Lebensjahr hervor. Während beim männlichen Geschlecht die Zahl der Erkrankten vom 1.—10. und vom 11.—20. fast gleichgross ist (18. u. 16.) steigt während derselben Zeiten das Procentverhältniss zu den Weibern ziemlich bedeutend, es muss also in demselben Zeitraum die Zahl der weiblichen Erkrankten abgenommen haben.

Nach diesen Zahlen müssen wir uns wohl der Ansicht Willemers zuneigen, nach welcher das männliche Geschlecht durch seine Beschäftigung und Lebensweise bei Gelenkerkrankungen überwiegt, weil die Gefahren der groben Verletzungen des Gelenkes viel grösser sind als beim weiblichen Geschlecht.

Das geringste Uebergewicht zeigt das männliche Geschlecht in den ersten 10 Jahren. In dieser Zeit existirt bei der Landbevölkerung auch kein Unterschied in der Lebensweise und Beschäftigung beider Geschlechter; dürfte man aber nicht gerade in diesen Jahren das numerische Uebergewicht des männlichen über das weibliche Geschlecht in Betracht ziehen, besonders da das Hauptübergewicht sich auf die ersten drei Lebensjahre beschränkt.

In den Jahren, in welchen sich Lebensweise und Beschäftigung beider Geschlechter wesentlich unterscheidet, ist auch das Prozentverhältniss der Erkrankten am grössten.

Nach Baehr wäre die Disposition zur Erkrankung am grössten im 4.—8. Jahre.

Dieser Ansicht können wir nach unserem Krankenmaterial nicht beistimmen. Am meisten disponirt ist nach unserer Tabelle das zweite und dritte Lebensjahr. In diesen Jahren, wo die Kinder zu laufen beginnen, sind sie der Verletzung durch Fall und Stoss auch am meisten ausgesetzt.

Ihren Sitz hatte die Coxitis 32 mal links, gleich 55,2 % aller Fälle und 26mal rechts, gleich 44,8 % aller Fälle.

Die doppelseitige Coxitis wurde nicht hiebei in Rechnung gezogen; wenn wir sie einreihen wollten, wäre sie, weil rechts zuerst operirt auch dahin einzureihen; es wäre dann der Prozentsatz 54 % : 46 %.

Es war uns unmöglich zwischen allen Aufgenommenen nach rechts- und linksseitiger Coxitis einen Unterschied zu finden; weil genaue Angaben fehlten, besonders in den ersten Jahren nach 1880.

Die Zusammenstellung der in den letzten 5 Jahren wegen Coxitis Aufgenommenen lässt allerdings erkennen, dass die Differenz 54 : 46 etwas geringer wird.

Mit diesem Rosultate stimmen auch die Angaben Baehr's, der ein Prozentverhältniss 53,49 links zu 46 51 notirt hat.

Von acuten Erkrankungen haben wir zu verzeichnen Fall Nr. 1, bei welchem nach einer Osteomyelitis tibiae eine solche des Femur folgte; und Fall Nr. 40, bei welchem jedoch das Bild der Tuberculose nach dem pathologischen Befund das der Osteomyelitis verdrängt.

Die anderen 57 Fälle sind alle mehr chronische Coxitiden.

Bei der weiteren Betrachtung unserer Fälle schliessen wir uns anderen Autoren (Caumont etc, etc.) an, indem wir die Fälle, in denen das charakteristische Bild von Tuberkulose auftritt, alle als tuberkulöse Coxitiden betrachten, wenn auch der Nachweis von Tuberkelbazillen nicht erbracht ist. Es ist in den uns zu Gebote stehenden Krankengeschichten so oft das charakteristische Bild von Coxitis tuberculosa wiedergekehrt, dass wir nicht Anstand nahmen, alle diese Fälle als homogene tuberkulöse Coxitiden zu beurteilen, auch ohne den Nachweis von Bacillen.

Ueber Heredität und andre Vorkrankheiten, welche Veranlassung zur Coxitis geben können, giebt folgende Tabelle Aufschluss.

Veranlassung	Erwiesene Heredität	Keine Heredität	Angabe fehlt	Summa
Scheinbar spontan . .	5	18	—	23
Fall, Stoss etc. etc. .	4	7	1	12
Masern	—	5	1	6
Rötheln	1	1	—	2
Scharlach	—	1	1	2
Ungenannte acute . . fieberh. Krankheiten .	—	3	1	4
Osteomyelitis acuta .	—	2	—	2
Andere Knochenaffectionen	1	—	1	2
Angaben fehlen . . .	3	3	—	6
	14	40	5	59

Unsere Tabelle lässt erkennen, dass eine hereditäre Belastung nachweisbar war in 14 = 26 % und ohne eine solche 40 = 74 % an Coxitis erkrankten. — Scheinbar spontan trat die Erkrankung auf in 23 = 42 % aller Fälle, hievon war Heredität nachzuweisen in 9,2%, keine Heredität in 33 % der Fälle.

Fall und Stoss waren in 22,2 % die Ursache, hievon 13 % mit Heredität, 9 % ohne solche.

Infectionskrankheiten waren angegeben in 28 % der in Rechnung zu ziehenden Fälle, hievon sind 22 % ohne Heredität, und ist bei nur 2 % Heredität nachzuweisen.

Trotz unsrer Bestrebungen, bezüglich der hereditären Belastung eine grössere Procentzahl zu erhalten, ist es uns doch nicht gelungen, eine wesentliche Erhöhung zu finden. Bei einigen Fällen waren wir allerdings im Stande Nachträge machen zu können, doch konnten wir es nicht auch nur annähernd so weit bringen wie English, der in fast allen Fällen von fungöser Gelenkentzündung eine hereditäre Belastung nachzuweisen in der Lage war.

Von einigem Interesse dürfte Fall Nr. 47 sein, den wir in folgender Weise ergänzen konnten: Ein Onkel des jetzigen Patienten hatte Tuberculose der Lunge acquirirt und war im Hause bei seinem Bruder längere Zeit gelegen. In dem gleichen Zimmer mit diesem Phthisiker musste unser Patient mit seinem nunmehr an Skrofulose und Phthisis pulmonum gestorbenen Schwesterchen schlafen. Im Verlauf von $2^1/_2$ Jahren starb der Onkel, die Schwester und Otto H. lag an Coxitis tuberculosa darnieder. Jetzt befindet sich derselbe so schlecht, dass er zu den Unheilbaren in späterer Tabelle gerechnet werden muss. Alle anderen Familienmitglieder sind blühend gesund, und ist bis zu den Urgrosseltern väterlicher- wie

mütterlicherseits kein Fall von Tuberculose oder einem ähnlichen Leiden in der Familie beobachtet worden.

Als Vorbehandlung ausserhalb der Klinik wurde in den meisten Fällen, in denen überhaupt Aerzte zu Rate gezogen wurden, leichte Extension angewendet, auch Salbenbehandlung und örtliche Blutentziehung wurde von verschiedenen Seiten benützt, und will Fall No. 55 durch Einreibung seine Schmerzen und die schon bestehende Schwellung verloren haben.

Ein weiterer Fall No. 33 weicht darin ab, dass Patient 3 Jahre lang mit einem Apparat des Orthopaeden Hessing gehen konnte, ohne Schmerzen oder Beschwerden seitens seines kranken Hüftgelenks zu empfinden.

Beim Eintritt ins hiesige Spital wurde bei fast allen Patienten die permanente Extension angewendet mit einer je nach dem Alter und der Constitution der Patienten grösseren oder kleineren Belastung.

Die Vorbehandlung in hiesiger Klinik bis zur Resektion beschränkt sich auf die Zeit von 1 Tag bis 23 Monate. Die Krankheitsdauer vom Auftreten der ersten Krankheitssymptome bis zur Resection schwankt zwischen $1^1/_2$ Monat und $4^1/_2$ Jahr. Bei mehreren war noch nach Jahre langer Pause ein Recidiv eingetreten; so ist besonders zu bemerken Fall Nr. 21 wo die Patientin nach 32jähriger Pause ein Recidiv der Coxitis bekam.

Sehr verschieden war auch die Art wie die Erkrankung fortschritt, so finden wir eine Krankheitsdauer von nur $1^1/_2$ bis 3 Monat in 15 %, bis zu 12 Monat in 34 %, bis zu 2 Jahr in 32 % und bis zu 3 Jahr und darüber in 19 % aller Fälle.

Die ersten 15 % gehören dem Alter von 3 bis 18 Jahre an, die folgenden 34 % haben ihren Spielraum zwischen 2 und 68 Jahre, die folgenden 32 %

zwischen 3 und 44 Jahre und die letzten 19 % zwischen 3 und 44 Jahre.

Aus dieser Aufstellung ist zu ersehen, dass das mehr oder minder rasche Fortschreiten des Krankheitsprocesses in unseren Fällen ganz unabhängig vom Knochenwachstum war.

Fast alle Patienten kamen mit Fisteln, periarticulären Abscessen etc. etc., kurz mit den Anzeichen tieferer Gelenkzerstörungen in die Behandlung, so dass eine Frühresection im Sinne Hueter-Lossen's nicht ausgeführt wurde.

In der Art der Schnittführung wurde in den 59 Fällen der hintere Längsschnitt nach von Langenbeck an 55 Patienten 56mal, der vordere Längsschnitt nach Hueter an 3 Patienten 3mal ausgeführt. An einem Eall war die gewählte Art der Schnittführung nicht zu ermitteln.

Bei den am Leben gebliebenen Resecirten war ausschliesslich der v. Langenbeck'sche Längsschnitt angewendet worden.

Bei diesen 60 Resectionen wurden entfernt:

der Kopf allein	21 mal
Kopf und Hals	12 mal
Kopf und Teil vom Troch. mj.	2 mal
Kopf, Hals und Teil vom Troch. mj.	10 mal
Kopf, Hals und Troch. mj.	12 mal
Kopf, Hals, Troch. mj. bis minor und darunter	3 mal
Summa	60 Fälle.

16 mal wurden Teile der Pfanne entfernt; und zwar gewöhnlich der Limbus cartilagineus oder der hintere obere Rand.

Pfannenauskratzung ist in 24 Fällen angegeben.

Eine entzündliche Luxation des Kopfes konnten wir nur 7 mal = 12 % aufgeführt finden; dagegen war eine Epiphysenlösung in 5 Fällen zu constatiren. Der Kopf selbst war mehr oder weniger zerstört, 10 mal ad minimum reducirt, 1 mal fanden sich Sequester in demselben, 3 mal Herde.

Am Halse fanden sich 2 mal Herde, 1 mal Sequester.

Im Trochanter major 3 mal Herde; in der Pfanne 8 mal Sequester. Bezüglich der Perforation und weiterer Erkrankung der Pfanne verweisen wir auf die folgenden Tabellen.

Der typische Listerverband war in den ersten Jahren vorherrschend. Nunmehr, seit mein hochverehrter Lehrer Prof. Dr. Schönborn die Leitung der chirurgischen Abteilung übernommen hat, beschränkt sich der Verband auf aseptische Verbandstoffe mit folgendem abducirenden Heftpflaster-Extensionsverband. In der späteren Behandlung leistet der Thomas'sche Apparat bei den ersten Gehversuchen vorzüglich Dienste. Obwohl allen Patienten bei ihrer Entlassung das Tragen eines Schuhes mit erhöhter Sohle dringend empfohlen wurde, fanden wir bei der Untersuchung doch, dass nur einzelne diesem Rathe Folge leisteten, während die meisten, sei es aus pecuniären Rücksichten, sei es aus Gleichgültigkeit denselben vernachlässigten.

Es erübrigt uns nun noch mit einigen Worten über den Heilverlauf zu berichten:

Völlig fieberfreien Verlauf können wir nur in 20% der Fälle verzeichnen; niedere Fiebertemperaturen fanden sich in etwa 33 %, während die übrigen 47 % ein continuirliches und hohes Fieber hatten.

Bei unseren Gestorbenen heilte die Wunde glatt, fieberlos zu in 3 Fällen. Von diesen starb der eine 4 Monate nach der Entlassung an einem Recidiv; der

zweite, der 3 Monate nach der Operation als geheilt entlassen war, starb 6 Monate nach der Entlassung nach Aussage des Arztes an Hirnlähmung; der dritte Fall ist als prima Heilung innerhalb 28 Tagen, ohne Secretion, ohne Fieber aufgeführt, 2 Monat nach der Operation wurde er geheilt entlassen, die Narbe blieb 4 Jahre geschlossen, brach dann spontan auf und Patient starb 1 Jahr nach dem Auftreten des Recidivs, also 5 Jahre nach der Operation an Phthisis pulmonum und amyloider Degeneration der Unterleibsorgane. Eine prima Heilung im Sinne Königs, der hiebei das Zusammenwachsen der Weichteil- und Knochenwunde ohne Eiterung und die ungestörte Reparation, der für die Resection wichtigsten Teile der Gelenkenden bis zu dem Moment verlangt, in welchem das Glied brauchbar wird, haben wir nicht zu verzeichnen.

Es verliessen die Klinik mit völlig geheilter Resectionswunde ohne Fisteln 19 Patienten; von diesen sind von Recidiven verschont geblieben 8 = 42 %, während 11 = 58 % nach kürzerer oder längerer Zeit wieder Fisteln bekamen. Bei einem Falle trat nach 6jährigem völligen Schluss der Wunde ein Recidiv ein, bei der nachfolgenden Operation musste der erkrankte Trochanter resecirt werden.

Wir haben uns in Betrachtung der einzelnen als gleichschwer anzusehenden Fälle ganz an die Gruppirung Baehrs gehalten, indem wir die Ausdehnung der Pfannenerkrankung als Massstab bei der Aufstellung des zu Gebote stehenden Materials, behufs Feststellung der Mortalilät und der Heilerfolge benützten.

Dieser Aufstellung reihen wir den unter Nr. 441 aufgeführten Fall nicht ein, bei welchem es sich um eine beiderseitige Arthritis handelt. Wir glauben diesen Fall nicht als gleichwertiges Material auffassen zu dürfen

und berichten deshalb an dieser Stelle nur soviel, dass sich der Operirte sehr wohl befindet, ohne Fisteln, ohne Recidiv geblieben ist; er geht mit zwei Stöcken, kann bequem mit rechtwinklig flectirten Beinen sitzen.

Die übrigen 58 Fälle werden eingeteilt in die folgenden 3 Gruppen:

I. Gruppe

umfasst alle Fälle schwerster Pfannenerkrankung, bei denen zur Zeit der Operation eine Perforation constatirt wurde:

	Gelenkvereiterung	Keine Gelenkvereiterung	Total in Procent
	Procent		
Gestorben	5 = 83 %	1 = 100 %	6 = 85 %
Unheilbar	—	—	—
Noch nicht geh.	—	—	—
Geheilt	1 = 17 %	—	1 = 15 %
Total	6 Fälle	1 Fall	7 Fälle

Bei den 6 Gestorbenen war in 5 Fällen die Operationswunde bis zum Tode nicht geschlossen, es bestanden meistens sehr stark secernirende Fisteln. In einem Falle konnten wir nicht erfahren, ob eine Verheilung eingetreten war oder nicht.

Der Tod trat nach der Resection ein in

3 Stunden	1 mal	im Alter von	40 Jahren
1 Tag	1 „	„ „	30 „
3 Monat	2 „	„ „	5 resp. 11 Jahren
4 Monat	1 „	„ „	12 Jahren
27 „	1 „	„ „	4 „

Als Geheilt haben wir einen Fall zu verzeichnen, die Geheilte befindet sich jetzt sehr wohl, die Heilung erfolgte in einem Zeitraum von 1 Jahr nach der Re-

section und zwar erst nach erneuter Incision, gründlicher Auskratzung und Entfernung von Knochenteilchen.

II. Gruppe

umfasst alle Fälle schwerer Pfannenerkrankung, bei denen zur Zeit der Operation der Gelenkknorpel zwar stark angefressen oder gelöst, die Pfanne aber noch nicht perforirt war.

	Gelenkvereiterung	Keine Gelenkvereiterung	Total
Gestorben	13 = 72 %	5 = 33,3 %	18 = 54 %
Unheilbar	1 = 5,5 %	1 = 6,7 %	2 = 6 %
Noch nicht geh.	1 = 5,5 %	2 = 13,3 %	3 = 9 %
Geheilt	3 = 17 %	7 = 46,7 %	10 = 30 %
Total	18 Fälle	15 Fälle	33 Fälle

Der Tod trat nach der Resection ein in einem Zeitraum bis zu

7 Tage 7 mal im Alter von 17, 8, 9, 14, 13, 10 und 40 Jahren
13 „ 1 „ „ „ „ 16 Jahren
2 Mt. 4 „ „ „ „ 53, 18, 15 und 4 Jahren
4 „ 1 „ „ „ „ 19 Jahren
6½ „ 1 „ „ „ „ 14 „
8 „ 1 „ „ „ „ 3½ „
20 „ 1 „ „ „ „ 5 „
42 „ 1 „ „ „ „ 14 „
72 „ 1 „ „ „ „ 11 „

Bei diesen 18 letal verlaufenen Fällen war die Resectionswunde geschlossen

einmal 2 Monate lang
„ 1 Jahr lang
„ 26 Monate lang
„ 48 Monate lang.

Es war also in 22,2 $_0|^0$ der Fälle die Resectionswunde teils längere, teils kürzere Zeit geschlossen; bei zweien blieb sie geschlossen bis zum Tode.

Die beiden als „Unheilbar“ aufgeführten Patienten sind 7 resp. $1^1|_2$ Jahre nach der Resection 20 resp. 14 Jahre alt. Bei dem einen haben sich seit seiner Entlassung die mit stark secernirenden Fisteln erfolgte, diese nie geschlossen, es bestehen nunmehr 5 ziemlich bedeutend stark secernirende Fisteln.

Bei dem anderen Falle ist weit vorgeschrittene Phthisis pulmonum nachzuweisen; die bei der Entlassung bestandenen Fisteln secernirten ununterbrochen ohne dass sich je eine Neigung zur Besserung gezeigt hätte.

Als noch nicht geheilt sind 3 Fälle angeführt

Nr. 53 jetzt 52 Jahre alt letzte Untersuchung 3 Jahre
Nr. 50 „ 9 „ „ „ „ $3^1/_2$ „
Nr. 38 „ 12 „ „ „ „ 7 „
nach der Resection.

Immer wieder von Neuem aufbrechende Fisteln deuten auf fortbestehen der Knochencaries hin. Bei Fall 50 begannen auch Schmerzen am anderen Bein aufzutreten, auch zeigte sich ein neuer Iliacalabszess, Anzeichen, die keine gute Prognose zulassen.

Die 10 Geheilten erfreuen sich guter Gesundheit und zum Teil recht guter Gehfähigkeit.

Die Heilungsdauer betrug:

1 mal $1^3/_4$ Monat letzte Untersuchung 2 Jahre
1 „ 2 „ „ „ 2 „
1 „ $2^1|_2$ „ „ „ $1^1|_2$ „
3 „ $3^1|_2$ „ „ „ 2, 3 u. 4 „
1 „ 4 „ „ „ 9 „
1 „ 5 „ „ „ 6 „
1 „ 36 „ „ „ 9 „
nach der Resection.

Nun bleibt noch übrig eines Falles zu gedenken, der nach den uns gemachten Mitteilungen geheilt ist, er wurde mit einer Fistel entlassen, die sehr rasch heilte. Zur Zeit ist über seinen Aufenthalt und sein Befinden nichts zu erfahren. Die Geheilten stehen in einem Alter von 8, 9, 12, 13, 16, 18, 18, 20, 22 und 71 Jahren.

III. Gruppe

umfasst alle Fälle, in denen bei der Operation die Pfanne scheinbar intact, od. nur ganz leicht erkrankt gefunden wurde.

	Gelenkvereiterung	Keine Gelenkvereiterung	Total
Gestorben	6 = 60%	1 = 12%	7 = 39%
Unheilbar	—	1 = 12%	1 = 5%
Noch nicht geh.	1 = 10%	2 = 25%	3 = 17%
Geheilt	3 = 30%	4 = 50%	7 = 39%
Total	10 Fälle	8 Fälle	18 Fälle

Bei den 7 Gestorbenen konnte eine Heilung der Resectionswunde nachgewiesen werden in Fall Nr. 26, welche 5 Monate d. h. bis zum Tode währte; der Tod soll durch Hirnlähmung erfolgt sein. Bei allen Uebrigen bestanden eiternde Fisteln.

Der Tod erfolgte nach der Resection in einem Zeitraum bis zu

2 Tagen 2 mal im Alter von 14 und 5 Jahren
2 Mon. 1 „ „ „ „ 51 Jahren
7 „ 1 „ „ „ „ 9 „
8 „ 1 „ „ „ „ 10 „
14 „ 1 „ „ „ „ 18 „
15 „ 1 „ „ „ „ 4½ „

Als Unheilbar ist angeführt Fall Nr. 47. Die bei der Entlassung bestehenden Fisteln secerniren immer

noch übelriechenden, jauchigen Eiter; es haben sich auch noch neue Fisteln gebildet. Das Aussehen des Patienten, sein Ernährungszustand sind die denkbar schlechtesten, Lungendämpfung rechts bis zur 3. Rippe reichend, mit Cavernen, Husten sehr heftig.

Patient ist ständig ans Bett gefesselt; im Urin Eiweiss.

Noch nicht geheilt sind 3 Fälle.

Bei zweien bestehen trotz späterer abermaliger Auskratzung noch Fisteln, die aber wenig Secret liefern; das Allgemeinbefinden ist bei dem einen recht gut, beim anderen mässig gut; der dritte Fall wurde mit Fisteln entlassen; so lange er in seiner Heimat war, secernirten dieselben oft mehr, oft weniger Eiter, nun ist sein Aufenthalt nicht zu ermitteln.

Die 7 Geheilten stehen in einem Alter von jetzt 15, 12, 27, 10, $5^1/_2$, 13 und 22 Jahren, Allgemeinbefinden und Gehfähigkeit sind gut.

Die Heilungsdauer erforderte einen Zeitraum bis zu

	2	Mon.	letzte	Untersuchung	4	Mon.	n.	d. Resect.
2 mal	4	„	„	„	3	Jahr	„	„ „
1 „	$4^1/_2$	„	„	„	9	Mon.	„	„ „
1 „	5	„	„	„	4	Jahr	„	„ „
1 „	10	„	„	„	3	Jahr	„	„ „
1 „	2	Jahre	„	„	8	Jahr	„	„ „

Wir fassen bei Abhandlung der Todesursachen sämmtliche 3 Gruppen zusammen. Die Sectionsprotocolle, soweit eine klinische Section gestattet war, wurden teils von Herrn Prof. Dr. v. Rindfleisch, teils von den Herren Assistenten festgestellt.

Bei den auswärts Gestorbenen haben wir mit den von den behandelnden Aerzten gestellten Diagnosen uns begnügen müssen.

Todesursachen waren	Anzahl der Fälle
Fortschreitende Caries mit Folgeerscheinungen, Marasmus, Inanition etc.	1
Dieselbe mit amyloider Degeneration der Unterleibsorgane	3
Dieselbe mit Gehirnoedem;	1
Dieselbe mit tuberculösen Organerkrankungen: Meningitis, Peritonitis, Tuberculosis pulm. et intestin.	9
Dieselbe mit allgem. Miliartuberculose	3
Dieselbe mit accidentellen Wundkrankheiten: Erysipelas, Septicaemie, Collaps und Fettembolie.	10
Dieselbe. Keine sonstige Diagnose getellt.	3
Dieselbe mit Morbus Brighti?	1

Amyloide Degeneration war noch 3 mal als „Teilerscheinung“ angegeben.

Einen Patienten müssen wir noch anführen, bei dem schon 2 Monate nach einer Resectio coxae subtroch. wegen zu starker Eiterung und hohen Fiebers die Exarticulation angeschlossen werden musste. Dem zu grossen Blutverluste erlag der ohnehin schon ungemein geschwächte Patient 14 Stunden nach der Operation.

Die Tuberculose war vertreten mit 30% als Todesursache, Miliartuberkulose in etwas über 9%. Wir haben nach diesen Zahlen 10% weniger Patienten an Tuberculose verloren, als Herr Baehr in Strassburg fand; dagegen haben wir wieder ein Ueberwiegen der Verluste an Miliartuberculose von 5%. Es stimmen aber trotz dieser Verschiedenheiten die Resultate der Strassburger mit der Würzburger Klinik ziemlich überein, wenn man die grossen Unterschiede zwischen diesen beiden Kliniken

und den Kliniken Koenigs und Hueters, welche 40 bis 48% an allgemeiner Miliartuberkulose verloren, in Betracht zieht.

Wir glauben, dass das Resultat von Tuberculose als Todesursache noch eine geringe Ergänzung erfahren wird, wenn bei allen Fällen eine genaue Section gemacht würde.

Baehrs Ansicht, dass: „die Mortalität nach Resectio coxae wegen tuberculöser Gelenkentzündung direct proportional der Ausdehnung der Beckenerkrankung ist", wird durch unsere Aufstellung bestätigt: Wir finden in der Gruppe I 85%, in Gruppe II 54%, in Gruppe III 39% Mortalität; auch wir werden durch die Unheilbaren in Gruppe II und III eine geringe Steigerung erhalten, so dass eine Mortalität im Mittel von 55% resultiren dürfte.

Die Prognose quoad vitam ist auch bei uns eine bessere gewesen in all den Fällen, in denen zur Zeit der Operation keine Gelenkvereiterung bestand.

Verschiedene Autoren sind der Ansicht, dass die Prognose quoad vitam bei der Resectio coxae nach der Pubertät eine maligna würde. Wir können uns nach unseren Tabellen auf Baehrs Seite stellen, denn von 20 Fällen über dem 15. Lebensjahr starben 11 also 55%. Von diesen 11 treffen 2 auf Gruppe I, 7 auf Gruppe II und 2 auf Gruppe III.

Caumont und Albrecht fanden über dem 15. Lebensjahr 77% Mortalität, bei Albrecht blieb von den Patienten über 40 Jahre gar keiner am Leben. Unsere Tabellen geben Aufschluss über 9 Fälle von nach dem 20. Jahre Resecirten, von diesen sind vier am Leben geblieben = 44,4% = 56% Mortalität nach dem 20. Jahre. Die verschiedenen Mortalitätstabellen variieren zwischen 21,4 und 77,6 Procent. Wir können das Re-

sultat der Würzburger Klinik (53%) zwischen den von Koenig (47%) und von Kappeler (58.3%) gefundenen Zahlen einreihen.

Wie nachgewiesenermassen der Prozentsatz der Mortalität proportional ist der Ausdehnung der Pfannenerkrankung, so finden wir die Zahl der definitiven Heilerfolge umgekehrt proportional dieser Ausdehnung. Gruppe I 17% Gruppe II 30% Gruppe III 39%. Durch die noch nicht Geheilten wird natürlich dieser Procentatz einige Aenderungen noch erleiden.

Von dem Princip ausgehend eine gleiche Gegenüberstellung der Endresultate zu erzielen, haben wir uns bei den vorzunehmenden Messungen genau an die von Baehr angegebene Methode gehalten und haben durch persönliches Besuchen der Patienten immer selbst soweit wir die Erlaubniss bekamen die Messungen vorgenommen in der Zeit von einem dreiviertel Jahr. Wir standen immer auf der zu messenden Seite; Patient befand sich auf ebener, harter Unterlage in Rückenlage. Die Verkürzung der Gesammtextremität ist gemessen von Spina ant. sup. bis Malleolus lat. fibulae. Etwas ungenau dürfte nur einmal diese Messung gewesen sein bei einer Patientin, deren Fussgelenk ziemlich bedeutende Schwellung zeigte.

Femurverkürzung wurde gemessen vom lateralen Höcker des Troch. mj. wenn ein solcher vorhanden war bis Epicondylus lateralis femoris. Unterschenkelverkürzung wurde gemessen vom Vorsprung des Capitulum fibulae bis Malleolus lateral. fib. Fusslänge mit einem Schuhmachermass.

Ueber eine Messung zur Zeit der Entlassung aus dem Spital eine tabellarische Uebersicht anzufertigen,

waren wir nicht in der Lage, weil wir nur bei einigen Patienten der letzten Jahre eine Messung verzeichnet fanden.

Wir müssen uns daher mit dem Resultate begnügen, das eine nach Jahren gemachte Messung ergiebt, und teilen unsre Tabellen in 2 Teile, einen für Kinder unter 15 Jahre, einen für Erwachsene über 15 Jahre.

Kinder.

Tabellen-Nummer	Alter z. Z. der Resect	Verkürzg. d. Ges.-Extr.	Oberschkl.	Unterschkl.	Fuss.	Ausdehng. d. Resection.	Messung erfolgte nach d. Resection	Umfangsdiff. Oberschenk.	Umfangsdiff. Unterschenk.
58	$11\frac{1}{2}$	3	0	0	0	A		1	0
54	5	4	1	1	$\frac{1}{2}$	B		$1\frac{1}{2}$	1
55	7	3	0	0	0	B	1—2 Jahr	3	1
57	13	9	2	1	1	B		2	2
50	5	$3\frac{1}{2}$	1	0	$\frac{1}{2}$	B		$1\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$
48	$2\frac{1}{2}$	$3\frac{1}{2}$	1	1	0	B		3	2
47	6	5	0	0	0	A	3 Jahr	4	2
45	7	4	0	1	0	A		2	1
41	doppelseitige Resection						5 Jahr		
38	$4\frac{1}{2}$	4	2	0	1	A	6 Jahr	6	2
40	14	5	2	1	0	B		5	1
39	7	9	4	2	1	C		2	1
37	10	8	4	$\frac{1}{2}$	0	C	7 Jahr	3	2
34	14	6	3	0	0	B		5	1
35	7	3	1	0	0	B	8 Jahr	2	1
36	4	5	2	1	1	A		2	2
33	7	14	10	1	1	C	9 Jahr	10	3
	Erwachsene								
46	15	8	3	2	1	A	3 Jahr	6	$1\frac{1}{2}$
52	69	7	4	0	0	C	$3\frac{1}{2}$ „	2	0
53	48	6	4	0	0	C	$3\frac{1}{2}$ „	2	1
43	18	4	1	1	0	B	4 „	4	2
42	22	9	5	0	2	B	5 „	1*	

* Das kranke Bein durch Schwellung um 7 cm dicker.

Bei der Rubrik : Ausdehnung der Resektion bedeutet A. die Resektion des Kopf, B. die des Kopfes und Halses, C. die subtrochantere Resection.

Bei der Zusammenstellung unserer Fälle und Vergleichung der vor dem 8. Jahre mit den nach dem 8. Lebensjahre Resecirten fanden wir fast die gleichen Zahlen wie Bachr. Bei uns betrug die durchschnittliche Verkürzung

vor dem 8. Jahre 5,3 cm. (Baehr 5,2 cm.)

nach dem 8. Jahre 6,5 cm. (Baehr 6,5 cm.)

Dass die Differenzen grösser sind, bei weit auf den Oberschenkel herabreichenden Resectionen, als bei Pfannenerkrankungen und Resectionen des Kopfes allein, dürfte keiner weiteren Ausführung bedürfen.

Die durchschnittliche Verkürzung betrug

nach Resection des Kopfes (A) 4,9 cm.

nach Resection von Kopf und Hals (B.) 5,0 cm.

nach subtrochanterer Resection 8,8 cm.

Wir müssen an unseren Fällen noch betrachten, welche Rolle die nach Resectionen auftretende Hemmung des Längenwachstums an langen Röhrenknochen spielt, dieselbe war nachweisbar in 86,40 Prozent der Fälle, während 13,6 Prozent nicht verkürzt waren.

Verkürzung zeigte:

der Oberschenkel allein 4 mal

der Oberschenkel und Unterschenkel 4 mal

Ober- und Unterschenkel und Fuss 6 mal

Oberschenkel und Fuss 3 mal

Unterschenkel allein 1 mal.

Die grösste Verkürzung nach einer subtrochanteren Resection betrug von allen unseren Fällen 10 cm. Es ist dieses der Patient, der vor der Operation längere Zeit, etwa 3 Jahre, mit einem orthopaedischen Apparat herumgehen konnte. Nach der Resection hatte die Operationswunde noch nahezu 4 Jahre nöthig bis sie

völlig verheilte; der Patient ist ausserdem einer von den wenigen, die aus wohlhabenderer Familie stammen.

Obwohl wir mit unseren anderen Fällen keinen Beweis dafür erbringen konnten, dass die Länge der Krankheitsdauer einen Einfluss auf die Grösse der Verkürzung habe, tritt dieser Fall dieser Ansicht ziemlich nahe.

Die durchschnittliche Verkürzung des Oberschenkels betrug:

bei Resection des Kopfes (A) 1,1 cm.
bei Resection des Kopfes und Halses (B) 1,7 cm.
bei subtrochanterer Resection (C) 5,2 cm.

Es sind dieses etwas höhere Durchschnittszahlen als Baehr sie an seinen Fällen fand, bei Baehr war die Durchschnittsverkürzung für A = 0,9 für B = 1,5 für C = 4,0.

Ob die Ansicht, dass das bei der Resection höhere Alter eine grössere Hemmung im Längenwachstum des Femur bedinge, richtig ist, lässt sich aus unserer Tabelle nicht nachweisen. Jeder unserer Fälle zeigte eine oft recht bedeutende Muskelatrophie, dieselbe betrug am Oberschenkel im Durchschnitt 3,2 cm; am Unterschenkel fehlte sie in 2 Fällen und betrug im Durchschnitt 1,35 cm. Diese Zahlen sprechen gegen Berguiens Behauptung, dass bei Kindern, die im 8. Jahre und darüber operirt werden, die Muskelatrophie fehle.

Die Verkürzungen des Oberschenkels waren immer grösser als die des Unterschenkels. Wenn wir die Längen des Oberschenkels, des Unterschenkels und des Fusses unter sich vergleichen und im gleichen Verhältnisse die Verkürzungen, so finden wir wohl, dass die Verkürzungen des Fusses grösser sind, als die des Unterschenkels, aber nicht, dass die des Unterschenkels grösser sind, als die des Oberschenkels. Berguien's Theorie, „dass die Wachstumverzögerung um so grösser

sei je mehr peripherwärts gelegene Theile sie beträfe", ist also durch unsere Messungen nur zur Hälfte bestätigt.

Die zur Gehfähigkeit nöthigen Ausgleiche können hergestellt werden durch Beckensenkung, welche eine Skoliose der Lendenwirbelsäule überall verursachte. Diess war zu beobachten in fast 53% unserer gehfähigen Patienten. Doch ist noch hier beizufügen, dass durch Beckensenkung ganz allein bei all unseren Fällen die Verkürzung nicht ausgeglichen wurde, immer war eine, wenn auch geringe, Erhebung der Fussspitze der resecirten Extremität, oder Flexion im Knie der gesunden zu beobachten.

Durch Zehengang ohne Flexion der gesunden Extremität im Knie- und Hüftgelenk war ein Ausgleich hergestellt in 20%; durch Zehengang mit Flexion in 24 Prozent.

Der Art des Aufsetzens des Fusses auf den Erdboden nach, waren 44 Prozent aller gehfähigen Patienten Zehengänger bei einer durchschnittlichen Verkürzung von 6,8 cm.; diejenigen, welche Verkürzungen von über 8 cm. hatten, mussten gleichzeitig das Becken der kranken Seite senken.

Die Verkürzung des Fusses betrug im Durchschnitt 0,4 cm., bei den Zehengängern speciell 0,77 cm. Es ist dieses ein grosser Nachteil für die Zehengänger, denn je kürzer der Fuss desto stärker ist das Hinken und desto grösser die Beckensenkung. Durchweg ermüdeten die Zehengänger leichter als die Sohlengänger.

Den Ausgleich der Verkürzung bewerkstelligten durch Sohlengang und Flexion im Knie- und Hüftgelenk 47 Prozent aller Gehfähigen bei einer durchschnittlichen Verkürzung von 5 cm.

Einen erhöhten Schuh trugen nur 3 unserer Patienten, einer, der in recht guten Verhältnissen lebt und 2 Schuhmacherkinder, für die andern alle wäre diese einfache Maschine zu teuer gewesen.

Von fünfen unserer Resecirten konnten wir den Aufenthaltsort nicht erfahren; desshalb war auch eine Untersuchung unmöglich. 2 konnten sich nur mit Mühe auf 2 Krücken gestützt im Zimmer bewegen, 1 ist ganz bettlägerig.

Ob die Art des Absetzens bei der Resection einen Einfluss auf die Methode des Auftretens habe, bleibt nach unseren Messungen unentschieden.

Resecirt nach		A	B	C*
Zehengänger	in Procenten	4,8%	33,3%	9,5%
Sohlengänger		19%	19%	14,4%
	Total		100	

Zehengänger sind im Gehen weniger ausdauernd und bedürfen öfter einer Stütze, um sich überhaupt fortbewegen zu können als Sohlengänger:

Es gehen	Zehengänger	Sohlengänger.	Total
Ohne Unterstütz.	2 = 9,5%	4 = 19,%	6
Mit Stock	7 = 33,3%	5 = 23,8%	12
Mit 1 Krücke	1 = 4,7%	2 = 9,5%	3
Total	10 = 47%	11 = 53%	21 = 100

* A = Resection des Kopfes
B = „ „ „ und Halses
C = subtrochantere Resection.

Während nur 3 unserer Zehengänger beliebig lange laufen konnten, können dieses 5 Sohlengänger; durchschnittlich konnte der Zehengänger 50 Minuten gehen, 2 davon, allerdings auch schon mit nicht unbedeutenden Schmerzen, nach 30 Minuten.

Die übrigen Sohlengänger können durchschnittlich $1^1/_2$ Stunden gehen.

Wie von verschiedenen Seiten nachgewiesen, ist die von Volkmann und Koenig als ungünstiges Resultat verworfene Ankylose keineswegs ein schlechter Erfolg zu nennen, insoferne sie nur in leichter Flexion und Abduction zu stande kommt, zumal da das Ideal der Heilung „ein activ und passiv frei bewegliches Gelenk“ nicht sehr häufig erzielt werden kann, sondern meistens „beschränkte Beweglichkeit“ das Resultat der Operation ist. Den ungünstigsten Ausgang „Schlottergelenk“ hatten wir nicht zu verzeichnen.

Folgende Tabelle giebt Aufschluss über die erzielte Beweglichkeit, geordnet nach der Art des Absetzens bei der Operation:

	A			B			C			Total
	Krück.	Stock.	f. Gang	Krück.	Stock.	f. Gang	Krück.	Stock.	f. Gang	
Schlottergelenk	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
Ankylose	1	—	—	1	3	—	—	1	1	7 = 25%
Beschr. Bewegg.	—	3	2	—	3	—	2	1	—	11 = 39,2%
Freie Bewegung	—	1	—	—	1	3	—	—	—	5 = 17,9%
?	—			3			2			5 = 17,9%
Total	1	4	2	1	10	3	2	4	1	28 = 100

In 25 Prozent unserer Fälle ist das Resultat „Ankylose“; jedoch war die Extremität niemals in Exten-

sionsstellung geheilt, so dass unsere Patienten alle bequem sitzen konnten.

Die Ankylose wurde erzielt:

1 mal resecirt nach A
4 mal „ „ B
2 mal „ „ C.

Bei „beschränkter Beweglichkeit“ konnten activ Bewegungen ausgeführt werden bei vollkommen passiver freier Beweglichkeit

3 mal Flex. Extens. Abd. und Add. resecirt 2 mal nach A, 1 mal nach B.

2 mal Flex. Extens res. 1 mal nach A, 1 mal nach B.

Passsiv waren ausführbar ohne active Beweglichkeit

4 mal Extens. Flex. Abd. und Add.

resecirt	2 mal nach A
	1 mal nach B
	1 mal nach C.

2 mal Extens. und Flec.

resecirt	1 mal nach C.
	1 mal nach B.

Die Fähigkeit der Rotation fehlte in allen Fällen.

Nach Baehr wäre anzunehmen, dass dieses auffallende Fehlen jeder Rotationsbewegung jedenfalls seinen Grund darin hat, dass die Rotationsmuskeln infolge ihrer Lage schon vor der Operation von dem Eiterprozess ergriffen werden, während die Abductoren und Adductoren mehr geschützt sind, und die oberflächlichere Lage und der Faserverlauf der Flexoren und Extensoren diese hindert direct von dem cariösen Prozesse oder dem Schnitt mit dem Messer verletzt zu werden. Wir haben keinen Grund, dieser Ansicht entgegenzutreten.

Freie active und passive Beweglichkeit haben wir in 5 Fällen gefunden, welche auch alle ausser einem,

der noch nicht ganz geheilt ist, auf der resecirten Extremität stehen können.

Von diesen sind 4 nach B, 1 nach A resecirt.

Die Resultate der Resectionen nach A und B sind nach unseren Untersuchungen durchschnittlich besser als die nach C, denn das beste Resultat, freie active und passive Beweglichkeit, war nie nach subtrochanterer Operation erzielt worden; wohl aber 2 mal Ankylosen und 3 mal beschränkte Beweglichkeit.

Zum Schlusse bringen wir noch eine Tabelle der Resultate hinsichtlich der Mortalität, Heilbarkeit und der erzielten Functionsfähigkeit.

	Beweglichkeit im Gelenk.	Art der Stütze beim Gehen.	Kann Patient auf der res. Extrem. frei stehen?	Durchschnittsdauer für un unterbroch. Gehen.
Todt 31	—	—	—	—
Unheibar 3	3 Ankylosen	mit 2 Stöcken	nein	2mal keine
	davon 2mal wegen der Schmerzen	2 Krücken	nein	
		1 mit Stock	nein	1mal 45 Min.
Noch nicht geheilt 6	1 Ankylose	Krücke	nein	10 Min.
	3 beschränkte Bewegung	3mal m. Stock.	nein	30 M.
		1 ohne	(wagt es nicht)	beliebig
	1 freie Beweglichkeit?	1 mit Stock	nein	25 Minuten
			?	beliebig
				?
	3 Ankylosen	2 mit Stock	2 nein	20 Minuten
		1 frei	ja	2 Stund belb.
Geheilt 19	8 beschränkte Beweglichkeit	2 mit Krücken	2 nein	2 Stunden bel.
		4 mit Stock	3 nein	1mal 20 Min.
		2 frei	1 ja	2mal 30 Min.
				1 Stunde
				über 5 Stund.
				beliebig lange
	4 freie Beweglichkeit	2 mit Stok	4 ja	nicht lange
		2 frei	?	gute Gehfähigkeit
	4 Art der Bewegung unbekannt.	2 mit Stock	?	
		2 ?		?